JUBILÉ DE LA FACULTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE DE BEYROUTH

1883-1908

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr H. DE BRUN

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PUBLIÉ PAR LES SOINS DE LA FACULTÉ

BEYROUTH

Imprimerie Catholique

SECTION I

TITRES ET CONCOURS

ÉCOLE DE MÉDECINE ET HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

1875 et 1876. Lauréat de l'Ecole de Médecine. 1er Prix de fin d'année.
1875. Premier Interne des Hôpitaux.
1876. Lauréat des Hôpitaux. Prix des Hospices.
1876. Prix Fleury (Médaille d'or).
1876. Prosecteur d'anatomie.

HOPITAUX DE PARIS

1876. Externe des Hôpitaux de Paris.
1879. Médaille de bronze de l'Assistance Publique. (Externat).
1879. Interne des Hôpitaux de Paris.
1883. Médaille de bronze de l'Assistance Publique. (Internat).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1878. Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris. Prix Corvisart.
1884. Docteur en Médecine.

1884. Chef des travaux anatomiques du laboratoire de la Clinique Médicale de la Pitié.
1900. Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris. Prix Jeunesse.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET HOPITAL FRANÇAIS DE BEYROUTH

1885. Professeur à la Faculté de Médecine.
1885. Médecin de l'Hôpital Français.

SERVICE SANITAIRE

1888. Médecin Sanitaire de France en Syrie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre correspondant national de l'Académie de Médecine de Paris.

Membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Membre de la Société de Médecine Publique et d'Hygiène professionnelle de Paris.

Membre correspondant de l'Institut Egyptien.

Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris. Prix Desportes.

Lauréat de l'Institut de France (Académie des Sciences). Prix Bellion.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

1889. Officier d'Académie.
1898. Chevalier de la Légion d'Honneur.
1901. Officier de l'Instruction Publique.
1901. Médaille d'Honneur des épidémies.
1902. Grand Officier de l'ordre du Médjidié.
1907. Commandeur de l'ordre de Saint Grégoire.

SECTION II

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I

Pathologie Interne

1. — Etude sur le pneumopaludisme du sommet.

Mémoire couronné par l'Institut.

(Prix Bellion 1896)

Revue de Médecine, Mai et Novembre 1895

« Dans un mémoire concernant ce qu'il appelle le pneumopaludisme du sommet, M. de Brun aborde un sujet absolument neuf et expose l'histoire très bien étudiée d'une affection dont on peut dire que la découverte lui appartient. Nous savions, en effet, que l'infection paludéenne donne lieu parfois à des manifestations pulmonaires graves, mais ce que nous ignorions et ce que M. de Brun nous a fait connaître dès 1889, c'est que les manifestations pulmonaires de l'infection paludéenne peuvent affecter une localisation et une forme si analogues à celles de la tuberculisation pulmonaire que la confusion est inévitable pour qui n'est point prévenu. Or ces lésions sont si bien la conséquence directe de l'infection palustre qu'elles cèdent sans peine au traitement spécifique aussi longtemps qu'elles n'ont point, étant devenues chroniques, donné lieu à des scléroses persistantes. Il y a donc un intérêt considérable à en reconnaître dès le début la nature afin d'y appliquer à temps le traitement qui guérit. La connaissance de ce fait que nous devons à M. de Brun est un signalé service rendu à la Médecine et

à l'Humanité »[1]. (Rapport pour le concours du prix Bellion 1896. Rapporteur M. Potain ; commissaires : MM. Bouchard, Brouardel, Guyon, Lannelongue.)

Dans ce mémoire basé sur 123 observations personnelles ou prises sous notre direction par nos élèves, et dont nous publions les 27 principales, nous démontrons que l'impaludisme, dépossédant en quelque sorte la tuberculose d'un privilège qu'on croyait l'apanage absolu de cette dernière, partage avec elle le droit de frapper exclusivement le sommet du poumon.

L'altération pulmonaire que nous décrivons sous le nom de pneumopaludisme du sommet est caractérisée par les symptômes suivants :

Symptômes physiques : *Matité ou submatité* avec résistance au doigt au niveau des fosses sus-et sous-épineuses ou des fosses sus-et sous-claviculaires ; *exagération des vibrations thoraciques ; souffle tubaire* surtout intense pendant l'expiration ; *bronchophonie très pure*, toujours exempte d'égophonie. Ces symptômes siègent toujours *exclusivement à la partie supérieure d'un ou des deux poumons. Absence totale de râles ou de frottements* au niveau de la lésion. En somme le pneumopaludisme du sommet est purement et simplement caractérisé, au point de vue stéthoscopique, par l'ensemble des phénomènes qui indiquent la *solidification du poumon.*

Signes fonctionnels : Un certain nombre de sujets n'ont jamais toussé ; parfois au contraire la toux est incessante. Quelque violente et fréquente qu'elle soit, elle est presque toujours sèche, et dans les cas rares où elle s'accompagne d'expectoration, celle-ci, extrêmement discrète, est constituée par un liquide analogue à de la salive, sorte de mucosité incolore. Très souvent les malades ne toussent qu'au moment des accès de fièvre.

Phénomènes généraux d'infection. Hypertrophie de la rate et du foie ; albuminurie assez fréquente. Altération du sang : hypoglobulie, blocs pigmentaires, hématozoaires de Laveran. Fièvre intermittente

(1) *Compte rendu des séances de l'Académie des Sciences*, 1896, (Séance Publique annuelle), page 1159.

dont les accès ont une certaine tendance à se produire le matin et sont toujours rapidement coupés par les sels de quinine. Cette fièvre qui est, sans aucun doute, la conséquence et la manifestation la plus précoce de l'infection, ne dépend en aucune façon de la lésion pulmonaire — qui peut lui survivre pendant longtemps — pas plus qu'elle ne saurait dépendre de la lésion hépatique ou splénique ; et *dans aucun cas le pneumopaludisme du sommet ne nous a paru provoquer par lui-même de réaction générale.*

L'affection, qui débute généralement d'une façon insidieuse, évolue le plus souvent chez des sujets ayant les signes déjà prononcés de multiples manifestations viscérales, toutes caractérisées par des processus congestifs ou scléreux. La lésion pulmonaire dépend des mêmes processus.

On peut lui décrire *deux formes.*

Une FORME LÉGÈRE ET AIGUE (*congestion*) dans laquelle les phénomènes stéthoscopiques disparaissent en quelques jours, parfois en vingt-quatre heures, après l'administration de la quinine, et peuvent même ne se manifester que pendant l'accès de fièvre, au moment où se produisent les fluxions du foie et de la rate. Dans ce cas, l'examen nécroscopique démontre l'intégrité du parenchyme pulmonaire.

Dans la FORME CHRONIQUE, les phénomènes stéthoscopiques persistent pendant un temps fort long. S'ils s'atténuent et s'il disparaissent, c'est après que les autres manifestations viscérales de l'impaludisme ont elles-mêmes subi de notables améliorations. Parfois la quinine et l'arsenic demeurent impuissants tout comme l'iodure et le mercure dans les scléroses syphilitiques définitivement constituées. La forme chronique affecte *deux types anatomo-pathologiques,* la *carnification* et la *sclérose* qui sont sans doute deux degrés différents du même processus.

FORMES ASSOCIÉES. Le pneumopaludisme du sommet peut se compliquer de bronchite. Quand celle-ci est intense, on perçoit alors en différents points de la poitrine des râles ronflants, sibilants ou sous-crépitants. Ces râles sont très souvent localisés plus particulièrement aux bases et à la partie moyenne, et respectent en général le sommet où l'on entend alors dans toute sa pureté le souffle du pneumopaludisme. Mais

quand ces râles se produisent également au sommet, ils revêtent parfois à ce niveau, en raison de la condensation du poumon que traversent les bronches enflammées, un timbre et un éclat spécial ; et comme ils coexistent avec un souffle souvent très fort, ils peuvent dans certains cas simuler le gargouillement et en imposer pour une lésion tuberculeuse du sommet. Toutefois l'erreur ne saurait être de longue durée, et l'on voit bientôt les deux affections, bronchite et pneumopaludisme, suivre chacune la marche qui lui est propre, sans que l'une ait paru réagir sur l'autre et l'altérer en quoi que ce soit.

Cette *indépendance de la lésion paludéenne vis à vis des autres affections pulmonaires* n'est pas un de ses moindres caractères distinctifs. Il semble que l'altération congestive ou scléreuse protège, au point où elle s'est produite, le parenchyme pulmonaire contre tout ensemencement parasitaire ; et quand une colonie bactérienne s'établit, elle choisit toujours ou presque toujours uu point qui n'a pas subi la condensation paludéenne. Et cela est vrai non seulement pour la bronchite, la pneumonie, la bronchopneumonie, mais eucore également pour la tuberculose.

Au point de vue du DIAGNOSTIC, le pneumopaludisme du sommet se distingue de la tuberculose pulmonaire par son début toujours insidieux, l'aspect du malade, l'absence fréquente de toux, l'absence d'expectoration ou une expectoration incolore, insignifiante, dépourvue de bacilles tuberculeux, par ce fait que les signes de condensation (matité, exagération des vibrations thoraciques, souffle, bronchophonie) ne s'accompagnent pas de bruits adventices, tels que craquements et râles sous-crépitants, à moins de bronchite banale concomitante, par l'absence d'hémoptysies, par l'absence de tout signe d'excavation, par l'intégrité constante de la plèvre et du larynx, par l'efficacité de la quinine et par le résultat de l'examen du sang.

La maladie, sans gravité, n'a d'autre traitement que celui de l'impaludisme.

2. — Pneumopaludisme du sommet.

Congrès de la Faculté Française de Médecine de Beyrouth 1906.
et *Presse Médicale*, 24 avril 1907, p. 257.

Dans le travail précédent nous avons eu en vue surtout les cas de pneumopaludisme évoluant au cours de l'impaludisme chronique et pouvant simulèr la tuberculose pulmouaire.

Le présent mémoire a pour objet un cas relativement rare de pneumopaludisme survenant au cours d'une fièvre à caractère pernicieux, et permettant de diagnostiquer la véritable nature de cette fièvre.

Il s'agit d'une fillette de 12 ans qui fut prise subitement de fièvre ardente avec vomissements, prostration et délire. L'examen permit de constater l'intégrité de tous les organes à l'exception du rein et du poumon. L'urine contenait plus de cinq grammes d'albumine par litre. Au poumon, on constatait dans les fosses sus-et sous-épineuses droites de la matité avec resistance au doigt, de l'exagération des vibrations thoraciques, du souffle avec bronchophonie. L'absence de râles, de frottement, de tout bruit adventice traduisant l'existence d'une exsudation alvéolaire, bronchique on pleurale, l'absence de dyspnée et de toux nous permirent de rejeter l'idée d'une pneumonie ou d'une tuberculose rapide avec phénomènes d'infection bacillaire, et de porter le diagnostic de pneumopaludisme du sommet avec infection palustre sévère.

Ce diagnostic fut confirmé par l'examen du sang qui contenait des quantités considérables d'hématozoaires, et par l'efficacité d'une thérapeutique délibérement et exclusivement antimalarienne.

Sous l'influence de hautes doses de quinine (1 gm 50 matin et soir, en injections sous-cutanées), la température qui dépassait 40° tombe brusquement à la normale pour ne plus se relever ; les symptômes généraux s'amendent avec une saisissante rapidité ; en trois jours,

l'albuminurie (5 grammes au litre) disparaît. En même temps la lésion pulmonaire subit un rétrocession rapide et remarquable. La matité et la résistance au doigt s'atténuent, et le souffle disparaît progressivement, *de bas en haut comme toujours dans le pneumopaludisme,* et sans que dans ce travail de résorption rapide et silencieux il fut permis de constater le moindre râle sous-crépitant, le moindre indice d'un signe accusant la liquéfaction d'un exsudat fibrineux.

Les caractères, l'évolution d'une maladie aussi singulière ne permettent-ils pas de la distinguer des affections pulmonaires jusqu'à présent décrites, et de demander pour elle une place à part dans le cadre de la nosologie ?

3. — Pathogénie et variétés cliniques de l'ascite paludéenne.

Congrès français de Médecine, 3e section,
Nancy 1896.

Les ascites paludéennes non hydroémiques[1] peuvent être divisées en trois groupes très distincts :

Dans la PREMIÈRE VARIÉTÉ nous rangeons les *ascites résultant de la cirrhose atrophique palustre*. Ce qui caractérise cette variété, c'est sa gravité, le nombre considérable de ponctions qu'on est obligé de faire coup sur coup aux malades, la rapidité avec laquelle se reproduit l'épanchement, et la terminaison presque fatalement mortelle de l'affection dont l'évolution est liée à celle d'une cirrhose hépatique identique comme marche et comme terminaison à la cirrhose atrophique alcoolique.

---

(1) Nous avons cru devoir laisser de côté les ascites paludéennes coexistant avec l'anasarque, qui sont depuis longtemps étudiées, par nos médecins militaires en particulier, et ne sont que l'expression de la cachexie palustre hydroémique.

La SECONDE VARIÉTÉ est beaucoup plus rare ; elle est *liée à la périsplénite* et est caractérisée par de longues et violentes douleurs spléniques survenant au cours de l'impaludisme chronique, avec hypertrophie, induration et adhérences de la rate. L'épanchement, lent à se produire, progresse sans cesse, sans provoquer pour son propre compte de douleurs abdominales, et sans s'accompagner, au moins pendant les premiers mois, d'autres phénomènes généraux que ceux de l'impaludisme.

Enfin la TROISIÈME VARIÉTÉ qui n'a été, à ma connaissance, signalée nulle part, est caractérisée par son début insidieux, son indolence absolue, l'absence de tout phénomène réactionnel et de toute manifestation subjective. Elle se distingue de la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse par le défaut de douleurs abdominales, de frottements pleuraux, d'œdème des parois du ventre, par l'absence de virulence tuberculeuse de l'épanchement, par la rapidité avec laquelle, sous l'influence de la quinine, on voit l'épanchement se résorber, en même temps que disparaissent les autres manifestations de l'impaludisme (fièvre intermittente, anémie, lésions pulmonaires, etc.). Cette disparition rapide du liquide après l'administration d'un traitement approprié, et l'absence de toute altération des organes abdominaux capable d'expliquer sa production, permettent de mettre cette variété d'ascite sur le compte d'une *irritation congestive du péritoine*, relevant directement, comme les congestions splénique, hépatique, pulmonaire, de l'infection malarienne.

4. — Albuminurie palustre.

Semaine Médicale, 30 mars 1887.

Les enseignements essentiels qui se dégagent de ce travail peuvent être résumés par les propositions suivantes :

Il existe une albuminurie transitoire liée à l'impaludisme.

Cette albuminurie peut succéder aux accès de fièvre intermittente ; elle peut aussi être la conséquence de la cachexie palustre.

Elle coexiste avec une diminution dans la quantité d'urine excrétée.

On observe aussi en même temps une diminution dans la quantité de l'urée.

Cette albuminurie coïncide avec l'apparition des autres signes de la cachexie paludéenne (hypertrophie de la rate, pigmentation cutanée, décoloration des muqueuses) dont elle n'est pas en général la manifestation la plus précoce. Elle augmente et diminue avec eux ; elle disparaît avant les autres signes de la cachexie ; elle peut provoquer des œdèmes et des épanchement ; elle peut aussi pendant un certain temps ne se traduire par aucun signe qui indique l'obligation d'examiner les urines.

Elle ne nécessite pas absolument le régime lacté ; et, prise à temps, peut être améliorée et guérie par les sels de quinine, le quinquina et les toniques.

Elle est d'autant plus rebelle qu'elle est plus ancienne et constitue peut-être le premier degré des albuminuries palustres incurables.

5. — Etude sur l'infantilisme palustre.

Congrès de la Faculté française de Médecine de Beyrouth 1908

Nos recherches qui datent de plus de vingt ans nous permettent d'affirmer que *de toutes les causes d'infantilisme, l'impaludisme est certainement la plus importante.* Notre travail est basé sur 42 observations personnelles on recueillies par nos élèves sous notre direction. Tous nos malades ont eu des accès de fièvre intermittente dès leur prèmière enfance ; tous présentent dans leur ensemble les signes de l'impaludisme chronique, tous ont les altérations hématiques et viscérales de l'in-

fection malarienne ; tous sont originaires de localités palustres qu'ils ont toujours habitées.

Tous présentent une taille très petite, de l'atrophie des organes génitaux, avec absence d'érections et d'appétit génital, absence de sécrétion spermatique ; impuissance, infécondité ; absence de développement des seins ; pas de poils au visage, ni aux aisselles, ni au pubis ; voix grêle.

En outre la plupart des sujets sont remarquables par l'énorme développement de l'abdomen faisant avec la maigreur parfois excessive des membres un contraste frappant. Tous ces jeunes gens aux membres grèles, aux saillies musculaires effacées sont dépourvus de toute force physique ; tous, incapables de se livrer au moindre ouvrage manuel s'emploient à des besognes qui ne nécessitent aucun effort musculaire.

Les fonctions intellectuelles sont en général profondément altérées, et sauf de rares exceptions, la plupart ont une intelligence étroite, obscurcie, paresseuse, rudimentaire, mais ne présentont pas la curiosité, le désir de savoir, la mobilité des idées et des impressions, l'orgueil naïf, la variabilité d'humeur, l'émotivité exagérée qui traduisent le caractère psychique de l'enfance.

Est-il possible de catégoriser les différents cas d'infantilisme palustre que j'ai observés ? Il en est qui peuvent à la rigueur être considérés comme appartenant à l'un des deux types aujourd'hui classiques ; mais la plupart sont en quelque sorte des hybrides dans lesquels on trouve certains traits parfois nettement accusés de l'infantilisme anangioplasique coïncidant avec un ou plusieurs des caractères de l'infantilisme idéal. Et le plus souvent, greffant sur le tout, se dessine et parfois prédomine certaine particularité qui n'appartient ni à l'un ni à l'autre des deux types et révèle tout à la fois une dissociation profonde dans l'arrêt de développement tant intellectuel que physique, et en même temps l'existence d'une altération surajoutée qui trouble, vicie, dénature plus ou moins profondément l'expression morphologique d'un infantilisme déjà primitivement abâtardi. La variabilité des traits, l'enchevêtrement, les multiples combinaisons et l'effacement des particularités semblent dans l'infantilisme palustre défier pour le moment toute clas-

sification ou conduire à une telle multiplicité de types qu'il serait fastidieux et sans profit de vouloir l'astreindre à des groupements qui ne sauraient être qu'artificiels.

Par quel procédé l'impaludisme arrive-t-il à produire l'infantilisme ? Il ne s'agit pas d'une dystrophie congénitale ; c'est en frappant l'individu dès le berceau que l'impaludisme arrête son développement, et en le frappant dans les organes qui président à son évolution, qui tiennent son développement sous leur dépendance.

L'atrophie constante des testicules chez tous nos malades pourrait laisser croire que l'infantilisme palustre résulte d'une insuffisance orchidienne ; mais dans l'insuffisance orchidienne les sujets sont gras et grands ; ils présentent une dystrophie spéciale qui mérite la dénomination de féminisme ou de gigantisme eunuchoïde bien différente de la dystrophie que nous avons observée.

L'étude de nos malades nous permet d'affirmer que c'est l'altération du corps thyroïde qu'il faut incriminer. Dans tous les cas où nous avons examiné cette glande, nous l'avons trouvée soit atrophiée soit scléreuse ; et les recherches histologiques ont montré qu'il s'agit d'une sclérose pigmentaire caractéristique de l'infection palustre.

Comment agit l'hypothyroïdie qui en résulte ? L'examen radiographique d'un de nos sujets nous autorise à admettre que c'est en s'opposant au développement des cartilages de conjugaison. Chez ce malade, les cartilages de conjugaison avaient une épaisseur beaucoup moins grande que chez un jeune homme de son âge, non paludéen, pris comme terme de comparaison ; et dans certains os, ce cartilage, qui aurait dû être encore très apparent, avait complètement disparu.

Etant admis que c'est l'insuffisance thyroïdienne qui chez les paludéens provoque l'arrêt de développement, on peut espérer — et quelques unes de nos observations autorisent cet espoir — que l'opothérapie pourra rendre chez ces sujets de signalés services.

6. — Les causes somatiques ou individuelles de l'impaludisme.

Médecine Moderne, 8 mai 1890.

Les observations consignées dans ce travail nous permettent d'affirmer.

1° Que non seulement la prédisposition à l'impaludisme varie d'un sujet à l'autre, mais encore qu'un même individu peut, sous l'influence de causes diverses, présenter une grande réceptivité au miasme paludéen après lui avoir été longtemps réfractaire.

2° Que l'hématozoaire de Laveran peut être d'une innocuité absolue pendant un certain temps chez des individus qui en sont bien et dûment porteurs.

3° Qu'il se peut même qu'un individu soit porteur du germe palustre depuis un temps indéterminé sans avoir jamais eu la moindre manifestation paludéenne, celle-ci éclatant pour la première fois sous l'influence d'une affection quelconque médicale ou chirurgicale, à l'occasion d'un bain froid, d'une émotion violente ou du travail normal de l'accouchement.

4° Que pendant ses longues accalmies, l'hématozoaire se réfugie probablement dans la rate, d'où il peut se répandre dans la circulation à l'occasion d'un traumatisme de cet organe. Les contusions de la rate sont, en effet, une des causes les plus certaines de réveils d'impaludisme ; et l'ancienne théorie de Piorry, qui faisait de la splénite la cause de la fièvre palustre, malgré l'erreur d'interprétation sur laquelle elle repose, n'en est pas moins basée sur un grand nombre de faits parfaitement observés.

7. — Note sur un cas de syphilis maligne.

Gazette des hôpitaux 1876.

8. — Hypertrophie du cœur dans le mal de Bright.

(AVEC HANOT)

Bulletins de la Société Anatomique, 1878.
p. 451.

Malade âgé de 41 ans, peintre en bâtiments. Comme antécédents : plusieurs attaques de coliques de plomb ; parésie saturnine des extenseurs de la main droite.

Il y a six semaines, attaque d'apoplexie avec hémiplégie droite consécutive.

On constate au cœur : impulsions fortes ; bruit de galop ; augmentation de la matité précordiale ; légère voussure au niveau de la region sterno-mammaire gauche.

Urines abondantes (2 litres 1/2 par jour), claires ; 5 grammes d'albumine par litre.

Le malade meurt par le fait d'œdème pulmonaire.

A l'autopsie : le cœur pèse 410 grammes. Le ventricule gauche est comme tétanisé ; on croirait avoir sous le doigt le ventre fortement contracté d'un biceps très développé. Le tissu est d'un rouge vif très résistant. Les parois ont 2 centimètres d'épaisseur, et circonscrivent une cavité comblée par un caillot grisâtre, élastique et qui contiendrait à peine l'index. Les parois du ventricule droit sont amincies, lamelliformes. Les cavités, notablement rétrécies, ont à peine la moitié du volume ordinaire.

9. — Note sur un cas d'anurie consécutive à des infarctus multiples des reins.

Bulletins de la Société Clinique, 1881.

10.— De l'Hémiplégie.

Mémoire couronné par la Faculté de Médecine de Paris.

(Prix Corvisart 1878)

Dans ce travail basé sur 21 observations personnelles, nous avons pu, le premier je crois, décrire (indépendemment de la contracture primitive tenant à une inondation corticale ou ventriculaire, et de la contracture secondaire liée à une sclérose descendante du faisceau pyramidal), *deux variétés beaucoup plus rares de contracture.*

La première, qui survient peu de jours après l'attaque (de 3 à 5 jours), se produit insidieusement sans le moindre symptôme douloureux, et nous a paru n'être qu'une *manifestation hystérique, sorte d'hystéro-traumatisme* provoqué par le raptus hémorrhagique et constituant ainsi une variété hybride d'hémiplégie.

La seconde, qui se produit de trois à quatre semaines après l'apoplexie, est caractérisée par des douleurs extrêmement violentes au niveau d'une ou de plusieurs articulations et par une notable élévation de la température du membre paralysé. Nous avons cru *pouvoir mettre cette variété de contracture sur le compte de l'arthropathie post-hémiplégique* qu'elle accompagne toujours.

Etudiant les phénomènes sensitifs, nous avons démontré qu'à côté des cas classiques caractérisés par une diminution diffuse ou une abolition totale de la sensibilité au niveau des membres hémiplégiés, phénomènes incontestablement dus à des lésions matérielles soit de l'écorce cérébrale soit de la partie postérieure de la capsule interne, il y a d'as-

sez nombreux cas dans lesquels chez des malades incontestablement atteints d'hémiplégie d'origine cérébrale, on observe des plaques d'anesthésie en carte de géographie, sortes d'îlots situés sur les membres paralysés ayant conservé leur sensibilité générale. Ces cas se distinguent des précédents par le rapide déplacement des plaques anesthésiques dont les contours et même la situation se modifient d'un jour à l'autre, particularité qui ne permet guère de les rattacher à une altération cérébrale et nous autorise à les considérer comme des manifestations hystériques concomitantes.

11. — Des troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie de cause cérébrale.

(AVEC A. LEGROUX)

L'Encéphale, 1884.

Complétant le travail précédent, nous avons reconnu, en nous fondant sur de nombreuses observations, que lorsque l'anesthésie n'occupe pas la totalité des membres hémiplégiés, dans aucun cas elle ne suit un trajet nettement délimité. En outre, on peut voir l'anesthésie se déplacer et osciller dans certains cas sans qu'il soit possible de trouver une cause à ce singulier changement. Comme il est impossible d'admettre le déplacement de la lésion cérébrale, on doit forcément en conclure que les troubles sensitifs dans l'hémiplégie ne répondent point à des altérations fixes et localisées de l'écorce cérébrale.

L'analyse clinique nous conduit donc aux mêmes résultats que l'anatomie pathologique.

En outre, l'anesthésie une fois constituée ne présente pas la fixité de la paralysie musculaire ; l'application d'un aimant, et (ainsi que nous l'avons établi les premiers) des piqûres légères et rapides, pratiquées en un endroit limité du tégument, y déterminent, pour un temps

plus ou moins long, la disparition de l'anesthésie et un retour plus ou moins complet de la sensibilité.

Ces faits nous montrent bien que l'hémiplégie et l'hémianesthésie, bien que connexes, sont des phénomènes qui n'en sont pas moins de nature différente ; et si la première dépend d'altérations de régions nettement déterminées, la seconde est souvent le résultat d'un trouble général dans les fonctions cérébrales.

12. — L'hypocondrie à deux.

Bulletin Médical, 29 Août 1888.

L'hypocondrie à deux, dont nous citons quelques exemples, se distingue de la folie à deux décrite par Lasègue et Falret :

1° Par ce fait que, contrairement à la folie à deux, le côté sentimental disparaît absolument. Le malade devient un pur égoïste ; il ne pense qu'à son état et ne parle que de sa maladie.

2° Le délire peut être modéré, mais dans certains cas il prend de telles proportions et retentit si violemment sur l'état général du patient que sa santé est sérieusement compromise.

3° La débilité intellectuelle n'est pas un élément essentiel de la maladie.

4° L'association morbide qui constitue l'hypocondrie à deux peut n'être pas bornée à deux individus, et devient alors un simple chapitre de ces épidémies dans lesquelles l'auto-suggestion a joué le principal rôle.

13. — Sur la guérison de la cirrhose atrophique.

Revue de Médecine, 1889.

Ce travail est basé sur l'observation d'un malade, alcoolique avéré et non paludéen, qui subit deux ponctions à 25 jours d'intervalle. Quinze jours après la seconde qui avait évacué quatorze litres de liquide, l'ascite s'était reproduite dans les mêmes proportions, le malade était au plus mal, la nécessité d'une troisième ponction s'imposait, lorsque la résorption se fit spontanément alors que rien ne permettait de la prévoir ou de l'espérer. Cette résorption fut rapide au point d'être complète en 17 jours, c'est-à-dire qu'il y eut près d'un litre résorbé par jour. Cela nous explique l'embonpoint que prit le malade bien que son appétit fut modéré. *Il utilisa l'albumine de son ascite* ; et les 800 grammes de sérum puisés chaque jour dans le péritoine furent employés sans perte à la nutrition générale. C'est à peine, en effet, si les urines contenaient à ce moment des traces d'albumine. Il est difficile de surprendre sur le fait un acte biologique plus simple et moins sujet à caution.

Nous ajouterons que la guérison fut durable, et que nous avons suivi le sujet pendant trois ans avant de publier son observation.

14. — Sur un cas de phlegmatia alba dolens terminé par gangrène.

Bulletins de la Société Clinique, 1881.

Nous avons pu démontrer que la périphlébite peut, dans certains cas de phlegmatia alba dolens, jouer un rôle important. Chez notre ma-

lade, après avoir déterminé un accolement complet de l'artère et de la veine fémorales et les avoir entourés d'un manchon fibreux, d'une sorte de bloc compact de tissu conjonctif, elle provoqua dans l'artère, au niveau de cet accolement, par le fait de l'artérite concomitante, une coagulation dont la conséquence fut la gangrène du membre.

15.— Contribution à l'étude de la Phlegmatia alba dolens.

Thèse de doctorat. Paris 1884.

Dans ce travail, étudiant d'abord les symptômes et leur évolution, nous avons constaté que si le plus souvent les phénomènes douloureux précèdent de plusieurs jours l'apparition de l'enflure, il est des cas plus rares dans lesquels de vives douleurs peuvent survenir longtemps avant la production de l'œdème, comme aussi il en est dans lesquels la douleur spontanée semble, du commencement à la fin, ne pas exister.

Etudiant les foyers douloureux, nous établissons que les veines atteintes de phlébite ne sont pas également sensibles sur tout leur parcours. Dans bon nombre de cas, la pression ne détermine de véritable douleur qu'en certains points qu'il faut bien connaître lorsque le diagnostic est douteux. Un de ces lieux d'élection se trouve immédiatement au dessous de l'arcade crurale, à la base du triangle de Scarpa ; il a parfois une étendue qui ne dépasse pas deux à trois centimètres. Quelquefois la douleur n'est pas limitée supérieurement par l'arcade crurale ; elle s'étend plus ou moins haut dans la fosse iliaque en suivant le trajet de la veine iliaque externe. Un autre foyer existe dans le creux poplité, mais il est moins constant que celui du mollet. Ce dernier manque rarement. Quand il est isolé, il commence à quatre ou cinq centimètres au dessous du pli du jarret et descend sur une longueur de douze à quatorze centimètres le long de la face postérieure de la jambe. Il ne siège pas exactement sur la ligne médiane verticale ; il est déjeté

assez notablement en dedans, suivant le trajet des vaisseaux tibiaux postérieurs. Plus rarement c'est en arrière des malléoles, et surtout de la malléole interne que la pression est sensible.

De tous ces points douloureux, le plus constant est sans contredit celui qui siège à la partie postéro-interne du mollet ; c'est là qu'il faut porter la main dès qu'on se trouve en présence d'un cachectique dont les jambes sont œdémaciées. La douleur que la pression y détermine permet parfois d'affirmer une coagulation veineuse, dont l'absence de douleurs spontanées éloignait l'idée.

Dans certains cas plus rares mais non moins intéressants, la douleur au lieu d'être limitée, est diffuse, occupant tous les points du membre malade.

Etudiant l'œdème, nous constatons que dans certains cas, contrairement à la tradition classique, ce symptôme peut faire absolument défaut.

Abordant l'étude des formes cliniques, nous établissons successivement les caractères de la forme infectieuse et de la forme non infectieuse. Bien que la distinction entre elles soit en général aisée il est des cas où dès le début de l'affection il est difficile de prévoir à quelle forme on aura affaire.

Parmi les variétés non infectieuses, il en est deux sur lesquelles nous avons cru devoir attirer l'attention.

C'est d'abord la variété dans laquelle la douleur et l'œdème passent totalement inaperçus, variété que nous avons décrite le premier sous la dénomination de *forme latente*. Nous en avons basé la description sur une dizaine d'observations, et nous avons démontré que cette variété n'est pas sans danger, et que sa gravité tient à l'absence même de manifestations symptomatiques. Semblables aux typhiques ambulants dont la dothiénentérie, ignorée jusqu'alors, se révèle tout à coup après une ingestion alimentaire par les symptômes brutaux d'une rupture intestinale, les malades atteints de phlegmatia latente sont parfois surpris au milieu de leur marche ou d'un effort par une embolie pulmonaire qui les foudroie du coup.

C'est ensuite la variété de phlegmatia à *participation lymphangi-*

tique dont les caractères distinctifs sont les suivants : coloration rosée de la peau, diffusion des phénomènes douloureux et lenteur de leur disparition, augmentation considérable de la température du membre, enfin longue persistance de l'œdème.

Abordant l'étude des complications, nous étudions successivement la périphlébite, la gangrène, l'embolie.

Très fréquente au point de vue anatomo-pathologique, la *périphlébite* donne rarement lieu à des manifestations cliniques très accusées. Augmentation notable du diamètre de la veine oblitérée dans les régions accessibles à la palpation, élancements douloureux se produisant spontanément en dehors de tout mouvement, et se montrant de quelques jours à un mois après le début de l'affection, tels sont les principaux symptômes de cette complication qui peut, en se propageant à une artère voisine, déterminer une thrombose artérielle et la gangrène, ainsi que nous l'avons observé en 1881.

Toutefois *la gangrène* dans la phlegmatia n'est pas toujours le résultat d'une artérite consécutive. Dans certains cas la coagulation veineuse suffit à la produire sans autre intermédiaire

Etudiant *l'embolie pulmonaire*, nous arrivons aux conclusions suivantes :

Deux périodes de la maladie sont surtout à craindre, et pour des motifs différents : la première et la dernière.

Dans les premiers jours de la phlegmatia, les caillots sont mous et friables, leur désagrégation est facile. A ce moment, lorsque les caillots se détachent, ils sont en général petits, multiples et produisent le plus souvent des accidents répétés, dont l'intensité est parfois croissante. Ils peuvent cependant produire la mort du premier coup.

La mort subite est relativement plus fréquente vers la fin de la maladie, parce que le caillot qui se détache constitue un bloc plus compact. De tous les mouvements capables de provoquer l'embolie, le plus dangereux est certainement la flexion de la cuisse sur le bassin, car c'est au niveau du pli de l'aine que se fait la rupture du caillot. C'est donc, pour le malade, une circonstance relativement heureuse que d'avoir un caillot qui se prolonge profondément dans les iliaques.

Au point de vue anatomo-pathologique, nos recherches nous ont permis d'affirmer que quand le caillot embolique est unique et qu'il a dépassé le tronc de l'artère pulmonaire, il s'engage toujours ou presque toujours dans la *branche droite* de cette artère.

Enfin nous croyons avoir été le premier à démontrer qu'il existe des *phlegmatia précoces* survenant au début des maladies cachectisantes bien avant les périodes ultimes ; c'est ainsi que nous avons signalé des cas de phlébite se produisant dans les périodes prétuberculeuses de la bacillose pulmonaire.

Le premier, également, nous avons nettement rejeté le théorie de la thrombose marastique et incriminé l'*action des microoganismes sur la paroi veineuse* dont l'altération précède toujours et provoque la coagulation sanguine.

16. — Etude sur les manifestations nerveuses de la grippe.

Médecine Moderne, 30 Octobre et 13 Novembre 1890.

L'épidémie de grippe de 1889 ayant été remarquable par sa violence et par le nombre considérable de ses complications, nous a permis d'étudier un certain nombre de manifestations nerveuses. Les unes peuvent être considérées comme des formes cliniques de la maladie, les autres comme de véritables complications.

I. Formes nerveuses. Elles se divisent en formes nerveuses avec excitation et formes nerveuses avec dépression.

Parmi les formes nerveuses avec excitation, je décris la *forme typhoïde* et la *forme méningitique*.

Cette dernière, qui s'observe presque exclusivement chez les enfants, est caractérisée par une céphalalgie extrêmement violente, au point d'arracher des cris aux malades, du grincement des dents, du mâ-

chonnement, de la constipation et des vomissements. Cette forme, malgré sa gravité apparente, guérit facilement.

Dans la *forme délirante*, le délire est souvent le seul symptôme nerveux nettement caractérisé survenant au cour d'une grippe d'intensité variable. Revêtant souvent les allures d'un délire d'action, il se distingue ainsi du délire de la convalescence dans lequel prédomine l'affaiblissement de la volonté.

Si les formes précédentes sont relativement bénignes, les formes nerveuses avec dépression sont souvent graves et même mortelles.

La *forme syncopale* est caractérisée par des lipothymies et même des syncopes avec angoisse précordiale qui surviennent trois ou quatre jours après le début d'une grippe qui jusque là paraissait normale. La première syncope peut être mortelle. Le plus souvent le malade revient à lui, mais de nouvelles syncopes peuvent se reproduire à des intervalles rapprochés et augmenter chaque fois d'intensité.

La *forme adynamique* se distingue de la précédente par l'absence de syncopes et par la marche rapidement et régulièrement progressive des accidents. La caractéristique est la déchéance des forces, s'accompagnant d'une sensation inexprimable de fatigue allant croissant du commencement à la fin de la maladie. Dès le début, le pouls est misérable ; au bout de quelques heures on ne le sent plus ; la température s'abaisse, les extrémités se refroidissent, le visage pâlit et revêt une expression singulière d'angoisse et de terreur, le malade a parfois un léger délire accompagné d'hallucinations, les pupilles se dilatent, les yeux s'excavent, les inspirations s'affaiblissant à chaque instant, s'éloignent de plus en plus ; les mouvements du cœur, après avoir été pendant plusieurs heures difficilement perceptibles, finissent par s'arrêter, et le malade meurt au bout d'un à deux jours.

II. Complications nerveuses. Elles peuvent porter sur les méninges, le cerveau, la moelle, les nerfs periphériques ; elles peuvent enfin se manifester sous forme de névroses.

La *méningite* grippale peut survenir en quelque sorte primitivement comme complication immédiate de l'influenza ; elle peut être au contraire la conséquence d'une otite grippale suppurée.

L'*apoplexie* n'est pas rare au cours de la grippe.

Les *myélites* grippales peuvent être diffuses, plus rarement systématisées. Nous avons pu suivre un malade qui dans la convalescence d'une grippe assez intense, fut pris d'une impotence rapide des quatre membres, bientôt suivie d'une atrophie musculaire qui se généralisa rapidement, si bien que moins de deux mois après le début de sa grippe le malade mourait, emporté par les accidents terminaux d'une atrophie bulbaire.

Les *névrites* sont certainement les plus fréquentes des complications nerveuses de la grippe. Le plus souvent elles affectent la forme de névralgies ; plus rarement elles intéressent la motilité. Les troubles trophiques ne sont pas rares ; les plus fréquents sont certainement les zonas dont nous avons observé 8 cas.

Les complications nerveuses si fréquentes dans la grippe n'existent jamais dans la dengue, ce qui, en dehors de toute autre considération, permettrait de distinguer ces deux affections l'une de l'autre.

17.— Erysipèle chronique.

Congrès de la Faculté française de Médecine de Beyrouth, 1908.

Si l'on s'en rapporte aux données de la littérature médicale, on peut dire que l'érysipèle chronique n'existe pas ; et l'état pathologique désigné par ce terme est simplement caractérisé par un œdème chronique dur, qui s'est developpé au point où se sont succédé des poussées d'érysipèle à répétition.

Le cas que nous rapportons est bien différent, et mérite d'être considéré comme un véritable érysipèle chronique de la face.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, atteinte d'ulcération des fosses nasales, et qui après un examen rhinoscopique fut prise d'un érysipèle

du visage d'intensité médiocre qui persista pendant plus de trois ans, présentant les particularités suivantes :

— il est resté limité au côté gauche de la face et n'a jamais dépassé la ligne médiane ;

— il n'a provoqué qu'une tuméfaction cutanée très légère, le plus souvent à peine appréciable ;

— il n'est jamais resté stationnaire en ce sens qu'il a constamment offert d'un jour à l'autre des différences notables dans son étendue et souvent même dans l'intensité de sa teinte ;

— les phénomènes réactionnels furent d'intensité médiocre.

Enfin chaque fois qu'on a fait à la malade des injections sous-cutanées de sérum antistreptococcique de Marmorek, la température qui oscillait entre 38° et 39° tomba à la normale pendant plusieurs jours, en même temps que les symptômes généraux s'amendaient notablement.

18.— Rhumatisme tuberculeux.

Revue générale de Clinique et de Thérapeutique
6 septembre 1902.

Il s'agit d'une jeune femme chez laquelle le pseudo-rhumatisme articulaire a été, du commencement à la fin, le syndrome capital, celui dont la malade s'est plainte à l'exclusion de tout autre, puisque la toux et l'expectoration, malgré l'existence de lésions très nettes aux deux sommets, étaient à peu près insignifiantes. Cette polyarthrite, rebelle à tout traitement et en particulier au salicylate de soude, semblait vouloir persister indéfiniment. Survenant chez une jeune femme à antécédents héréditaires fortement chargés, exprimant un des modes relativement rares, il est vrai, mais incontestable cependant, de l'infection tuberculeuse, il s'est dès le debut accompagné d'un ensemble de manifestations dont l'importance ne saurait faire aucun doute. L'aménorrhée, la fièvre vespérale réfractaire à la quinine avec abondantes trans-

pirations nocturnes, la tachycardie, l'amaigrissement, ont donné à ce pseudo-rhumatisme un caractère spécial et nous seraient, s'il était nécessaire, autant de preuves en faveur de son origine bacillaire.

19. — Erythèmes tuberculeux.

Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique
6 septembre 1902

Un de nos malades, atteint de bacillose pulmonaire, a présenté une éruption spéciale survenant chaque après-midi au moment où la fièvre battait son plein et disparaissant pendant la nuit, comme emportée par l'abondance des transpirations. Il s'agissait d'un érythème d'un rouge vif, constitué par des taches irrégulières de un à plusieurs centimètres de diamètre, siégeant sur la totalité du corps. Cet érythème avait débuté six mois auparavant, en même temps que les autres phénomènes toxi-bacillaires, et depuis cette époque il s'est reproduit chaque soir avec une régularité presque chronométrique.

Un autre de nos malades, tuberculeux avancé, présenta à la même époque un érythème absolument semblable au précédent, avec cette différence qu'il resta localisé à la face et au cou.

Ces deux cas ne sont pas absolument exceptionnels ; nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater des faits analogues. Il semble que l'intoxication bacillaire ait, parmi tant d'autres caractéristiques, celle de modifier profondément l'état de la circulation et de la sécrétion cutanées. On connait la valeur des abondantes transpirations nocturnes et de celles qui souvent surviennent le jour, dès que le malade s'endort. Les troubles circulatoires, pour être moins frappants, n'en sont pas moins dignes de fixer l'attention. Ils donnent à la fièvre intermittente bacillaire un caractère distinctif que ne possède pas au même degré la fièvre paludéenne, et peuvent, dans certains cas comme chez nos deux

sujets, provoquant l'apparition d'accidents toxidermiques plus saisissants, déterminer de véritables érythèmes.

20. — La Tuberculose pulmonaire en Syrie. Tuberculose et Impaludisme.

Congrès pour l'étude de la Tuberculose, 1e session, 1888., *p.* 171.

Dans cette communication basée sur une statistique de 7000 malades, nous apportons un certain nombre d'arguments en faveur de l'antagonisme de la tuberculose et de l'impaludisme.

Nous signalons en outre, pour prendre date, une manifestation pulmonaire de l'impaludisme, caractérisée par une congestion du poumon, se localisant à un ou aux deux sommets et se traduisant par de la matité, de l'exagération des vibrations thoraciques, du souffle et un retentissement vocal exagéré. Cette congestion s'accompagne rarement de râles. Elle cède en général à un traitement, parfois prolongé, par le sulfate de quinine. Comme elle coexiste le plus souvent avec de la fièvre et de la cachexie, on pourrait facilement la confondre avec une induration tuberculeuse du poumon, et les premiers cas que nous en avons observés nous ont laissé pendant quelque temps dans une grande incertitude.

21. —Étude sur les maladies observées en Syrie.

Communication faite à l'Académie de Médecine le 17 Août 1886.

Parmi les maladies observées en Syrie, la malaria est une des plus fréquentes. Elle se rencontre à des degrés divers sur la côte et dans l'intérieur des terres, surtout dans la plaine de la Becka.

Nous avons eu l'occasion d'observer des faits d'impaludisme aigu pouvant constituer la *forme dyspnéique*, caractérisés par une dyspnée qui en moins d'une heure devient comparable à celle d'un croup avancé. La voix, d'abord rauque, s'éteint vite ; bientôt un sifflement inspiratoire se produit, et le tirage arrive. L'examen de la gorge ne donne que des résultats négatifs. Le plus souvent, après quatre ou cinq heures de lutte, une amélioration se produit très rapidement et le petit malade guérit sans convalescence. Cette forme qui s'accompagne d'un œdème aigu et violent du larynx, peut, dans certains cas, se compliquer de congestion et d'œdème du poumon.

Chez quelques malades les phénomènes pulmonaires existent seuls, sans phénomènes laryngés.

Nous avons pu aussi démontrer l'existence d'autres accidents dyspnéiques également d'origine palustre, tenant à une perturbation des fonctions du bulbe, et distinguer au point de vue des symptômes cette forme de la précédente.

Ces accidents sont justiciables du sulfate de quinine, qui les guérit rapidement.

Les affections du tube digestif sont fréquentes, occasionnées par une hygiène alimentaire défectueuse.

Fréquence extrême du tœnia inerme.

Très grande fréquence de l'emphysème pulmonaire, maladie probablement due à l'abus du narghilé.

A signaler également, en plus de toutes les maladies d'Europe qu'on observe aussi en Syrie, la lèpre, l'éléphantiasis, le bouton d'Alep, et de nombreuses épidémies de dengue.

22. — Traité des maladies de l'appareil respiratoire.

Traduit en arabe sous notre direction par **Khirallah Farage Sfair**, Externe de notre service.
Beyrouth, 1888.

« En dépit de la langue, qui à personne de nos lecteurs ne rendra possible

la lecture de ce traité, nous tenons à signaler l'apparition d'un livre qui fait honneur à son auteur. Il ne s'agit ici de rien moins que la traduction en arabe d'un cours élémentaire très soigné et très complet, fait en français, d'après la méthode française (cours didactique de pathologie interne), aux élèves de l'école de médecine de Beyrouth par un ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, le Docteur de Brun.

« A l'aide d'un trucheman, nous nous sommes assuré que le sujet était traité avec une compétence parfaite (l'auteur est à la fois professeur d'un cours didactique à l'école, et professeur d'un cours de clinique à l'hôpital français de Beyrouth), et une complète entente des travaux parus sur la matière en France et à l'étranger.

« Pas plus que ses pareils, ce traité n'est susceptible d'analyse : qu'il nous suffise de dire que la méthode est excellente et qu'une lumineuse exposition est faite de toutes les connaissances dûment acquises sur les maladies de l'appareil respiratoire.

« Nous croyons fort heureuse l'idée qu'a eue le jeune professeur de vouloir que son enseignement allât à d'autres médecins qu'à ceux nouvellement formés à l'école française de médecine de Beyrouth. Le Dr de Brun a pensé rendre service aux nombreux praticiens, qui, du nord de la Syrie aux rives du Nil, lisant seulement l'arabe, se trouvent fort empêchés d'entreprendre, de poursuivre ou de parfaire leur éducation à l'européenne. Notre confrère a tenu à ce que d'autres livres de médecine que les livres allemands fussent traduits en arabe ; ce n'est donc pas seulement œuvre de médecin et de professeur, c'est encore œuvre de patriote qu'a entreprise le Dr de Brun ; il a voulu que l'Orient fut à même d'apprécier ce que valait l'enseignement médical d'après les meilleures méthodes françaises, quand cet enseignement entend faire reposer chacune des applications professionnelles sur de larges et solides assises scientifiques.

« Du reste, nulle partie de la pathologie n'était mieux choisie pour montrer que, si la science n'a pas de frontières, elle a des foyers de production qu'on méconnaît alors seulement qu'on a intérêt ou profit à ne pas se souvenir.

« Que, par exemple, on lise sans parti pris l'histoire des maladies de l'appareil respiratoire, et on restera convaincu que le meilleur de l'œuvre appartient à la médecine française dont le génie, de Laennec à Villemin, Thaon, Charcot, Grancher, a su élever à la phtisie un monument qu'on sait bâti à toute épreuve, maintenant surtout qu'on l'a vu, dans toutes ses parties, illuminé aux éblouissantes clartés des méthodes pastoriennes et de la découverte de Koch.

« C'est donc doublement que le professeur de Brun fait acte de patriote : non seulement il met à la portée de l'Orient la médecine française, mais encore il montre (ce qu'en Occident on ne prend pas assez la peine de faire) combien grande a été la part de la France dans le mouvement médical du XIXe siècle.

Quand on pense à ce qu'ont fait, pour l'étude des maladies de l'appareil respiratoire, les Laennec, les Andral, les Louis, les Piorry, les Cruveilhier, les Trousseau (pour ne parler que des morts), on se prend à se demander :

« Pourquoi, nous tous, qui, dans l'enseignement, avons charge d'âmes, nous ne prenons pas plus de soucis d'apprendre aux jeunes générations médicales ce qu'ont été leurs ainées.

« Pourquoi nous ne glorifions pas mieux ceux qui ont porté si haut et si loin la médecine française ; pourquoi nous laissons si vite oublier nos morts illustres.

« Pourquoi, à chaque page, nous ne mettons pas à l'honneur ceux de nos ancêtres qui, chaque jour, furent à la peine ? »

L. Landouzy (1)

COLLABORATION A LA PUBLICATION
DES ŒUVRES MÉDICALES DE LASÈGUE

Rédaction des articles sur :

23. — Les manifestations cérébrales de l'alcoolisme.

24. — La chorée.

25. — La pituite.

(1) *Revue de Médecine*, 10 juin 1888, page 508.

II

Pathologie exotique.

26. — Manuel des maladies des Pays chauds [1].

1er Volume.

Maladies climatériques : Coup de chaleur. Fièvres dites climatériques des pays chauds. Anémie tropicale.

Maladies infectieuses : Peste. Fièvre jaune. Choléra asiatique. Dengué. Bériberi. Maladie du sommeil. Ponos ou maladie d'Hydra. Fièvre fluviale du Japon.

27. — Manuel des maladies des pays chauds.

2e Volume.

Maladies du tube digestif : Dysenterie. Parasites de l'intestin.

Maladies du foie : Congestion du foie. Abcès du foie. Parasites du foie.

Maladies des lymphatiques : Lymphangites aiguës. Lymphangites chroniques. Eléphantiasis.

Parasites du sang et des lymphatiques : Filariose. Bilharzia hœmatobia.

---

(1) *Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire* publiée sous la direction scientifique de M. Léauté, membre de l'Institut. C. Masson, Gauthier - Villars et fils, Paris.

Maladies de la peau : Bouton d'Alep. Pian ou frambœsia. Verruga. Herpès tropicaux. Pied de Madura. Ulcère des pays chauds. Pinta. Eczéma tropical ; lichen tropicus. Aïnhum. Parasites extérieurs : Filaire de Médine ; chique ; ver du Cayor ; ver macaque ; larve de l'œstre cutérèbre nuisible ; lucile.

28. — Fièvre dengue.

Semaine Médicale, 6 mars 1889, page 72.

Cette maladie est très fréquemment confondue, au début des épidémies, avec l'embarras gastrique fébrile. Elle s'en distingue bientôt par son caractère franchement épidémique et par un ensemble de symptômes nettement accusés.

C'est d'abord dès le début un état d'anéantissement hors de proportion avec les symptômes gastriques, c'est encore une sensation de brisement ou de fatigue dans la totalité des membres.

En outre les malades présentent : une céphalalgie spéciale avec souvent sensation très douloureuse de la région orbitaire, et endolorissement des muscles de l'orbite et des paupières ; une rachialgie tellement violente qu'il leur semble qu'ils ont été roués de coups et ont de la peine à s'accroupir ; des douleurs au niveau des genoux ou plus particulièrement au niveau des mollets s'accompagnant d'un besoin impérieux de déplacer leurs jambes et de changer constamment de position quand ils sont au lit.

Un autre symptôme important, c'est l'éruption qui tantôt se rapproche de celle de la roséole tantôt ressemble à celle de la rougeole, tantôt simule absolument celle de la scarlatine. Quel que soit son aspect, cette éruption est suivie d'une desquamation qui s'accompagne souvent de violentes démangeaisons, et qui, furfuracée dans les variétés légères, se produit sous forme de petites squames lamelleuses dans les variétés plus sévères.

La fièvre est constante, et le plus souvent la température s'élève rapidement, dépasse 39°, atteint souvent et dépasse parfois 40°. La défervescence n'a rien de fixe ; survenant parfois après quarante huit heures de fièvre, elle peut ne se produire qu'à la fin du premier septenaire ; elle se fait en général brusquement mais peut aussi affecter le type des oscillations descendantes.

La convalescence — c'est là un fait caractéristique — est remarquable par sa longueur en quelque sorte indéfinie et par l'état de faiblesse dans lequel restent les sujets pendant longtemps. Il n'est pas exceptionnel de voir des dengues légères ayant évolué en quatre à cinq jours, laisser après elles pendant deux ou trois semaines une faiblesse musculaire, un anéantissement des forces, un abattement moral, une incapacité de travail et un manque d'appétit tels que vraiment nous ne savons pas s'il existe une seule affection, quelle que soit sa gravité, qui puisse, après une durée aussi courte, s'accompagner d'une pareille débilité.

Le pronostic est extrêmement bénin.

Le médicament par excellence, celui qui calme le mieux les douleurs multiples et si violentes de la dengue, est l'antipyrine.

29. — La Fièvre rouge en Syrie.

Mémoire couronné par l'Institut

(Prix Bellion 1896)

et récompensé par l'Académie de Médecine

(Concours du Prix Godard 1890)

« M. de Brun a décrit en clinicien consommé la Fièvre Rouge ou la Dengue en Syrie, maladie qui tend à envahir tout le bassin de la Méditerranée (1) ».

(1) *Bulletins de l'Académie de Médecine*, 16 décembre 1890 (Séance publique annuelle) — Féréol rapporteur.

« Les quatre mémoires de M. de Brun qui ont trait à la dengue furent publiés dans la *Revue de Médecine*. Ils ont contribué à nous bien faire connaître une maladie que jusqu'ici nous n'avions eu aucune occasion d'étudier en France. M. de Brun a dissipé la confusion qui tendait à s'établir entre cette maladie et la grippe ; il a fait connaître très exactement sa symptomatologie et son mode de propagation ; il a fait voir que, circonscrite jusqu'ici dans les pays intertropicaux, elle était susceptible cependant de s'implanter dans les régions septentrionales ; que son peu de propagation tient surtout à la brièveté de sa période d'incubation ; mais que des moyens de communication plus rapides pourraient l'étendre bien davantage et que l'Europe entière doit songer à se garder contre une invasion possible » (1).

La dengue de Syrie diffère notablement de la dengue des zones tropicales, et son évolution, quelque rapide qu'elle soit, est loin de présenter la brusquerie d'allures qu'on lui connait sous les tropiques. A Beyrouth, pas de ces attaques foudroyantes qui terrassent le malade et le précipitent par terre au milieu de la rue ; pas de ces douleurs dorsales et articulaires violentes au point d'arracher des cris au patient et survenant avec la rapidité de la foudre ; pas de ces températures excessives qui, s'élevant en quelques heures, d'un bond aux environs de 40° et au delà retombent brusquement à la normale après vingt-quatre ou trente-six heures.

Dans les débuts les plus brusques, quelle que soit la violence du frisson initial, le malade a toujours le temps de rentrer chez lui. Dans la majorité des cas, les symptômes arrivent à leur acmé progressivement ; et si la température atteint en quelques heures son maximum, il faut plus d'un jour pour que les autres symptômes présentent toute leur intensité.

La dengue est une affection essentiellement protéiforme. L'inconstance et la variabilité des symptômes nous ont permis de décrire un certain nombre de formes cliniques.

---

(1) *Compte-rendu des séances de l'Académie des Sciences*, 1896, (Séance publique annuelle), page 1159. Commission Bouchard, Brouardel, Lannelongue ; Potain, rapporteur.

1° La *forme complète* où tous les symptômes sont largement représentés (troubles gastriques, phénomènes douloureux, anéantissement physique et intellectuel, éruption, etc), qui peut être confondue au début avec le typhus exanthématique, la variole, la fièvre typhoïde.

2° La *forme gastrique* dans laquelle l'état saburral est prédominant et qui simule l'embarras gastrique fébrile.

3° La *forme rhumatismale* où le symptôme douleur prend des proportions excessives, et qui peut simuler le rhumatisme musculaire et même le rhumatisme articulaire, aigu.

4° La *forme céphalalgique* dont le mal de tête égale en violence celui de la méningite et du coup de chaleur.

5° La *forme éruptive* qui peut simuler une rougeole, une roséole, une scarlatine, une variole à son début.

Quelle place la dengue doit elle occuper dans le cadre de la nosologie ? Cette maladie qui emprunte sa prostration à la grippe, ses douleurs dorsales et gastriques à la fièvre jaune, son éruption à la rougeole ou à la scarlatine est une affection zymotique plus contagieuse encore que la rougeole et que la grippe, et qui, contrairement à l'opinion de quelques auteurs n'a aucun rapport avec la malaria et doit être classée parmi les fièvres éruptives.

Enfin nous avons pu établir que la dengue qui est originaire des zones tropicales où elle occupe deux foyers principaux, l'un en Amérique et l'autre sur les côtés baignées par l'Océan Indien et la Mer rouge, s'acclimate merveilleusement depuis quelques années dans les zones plus tempérées. Elle s'est d'abord fixée en 1845 en Egypte ; elle est endémique depuis 1855 en Tripolitaine ; enfin la voilà également depuis 1861 définitivement attachée au sol de la Syrie. Sa marche envahissante et les coups répétés qu'elle frappe en Syrie prouvent qu'elle y a conservé une grande puissance et une grande vitalité et nous permettent de croire qu'elle menace dans un délai plus ou moins rapproché les côtes méridionales de l'Europe. (1)

(1) Cette prédiction se réalisa l'année suivante où pour la première fois la Grèce, et la Turquie d'Europe eurent à enrégistrer nne violente épidémie de dengue.

30. — Etude sur les formes éruptives de la dengue.

Revue de Médecine, Juin 1894.

Etudiant d'abord les caractères généraux des éruptions de la dengue, nous concluons que cette éruption peut être tantôt morbilliforme, tantôt scarlatiniforme, plus rarement formée de papules très petites et très serrées. La durée de l'éruption varie de un à huit jours ; après quoi survient souvent une desquamation qui parfois, pendant les deux ou trois premiers jours, s'accompagne de démangeaisons assez violentes pour empêcher les malades de dormir.

Nous décrivons ensuite trois formes cliniques :

A. Forme éruptive fébrile. Cette forme permet de classer la dengue parmi les fièvres éruptives. Toutefois elle s'en distingue par les caractères suivants :

1° *L'éruption n'est pas constante.* Dans quelques épidémies elle fait complétement défaut ; le plus souvent elle n'existe que dans le quart, le tiers ou la moitié des cas. Elle est donc une fièvre éruptive dont les manifestations cutanées sont contingentes et ne présentent parfois qu'un élément de diagnostic douteux.

2° *L'éruption n'apparaît pas à une période déterminée de la maladie.* Très exceptionnellement elle constitue un symptôme de début ; le plus souvent elle survient après un, deux et plus fréquemment trois jours de fièvre ; enfin il est fréquent de la voir apparaître lorsque le malade, recouvrant le bien être, se déclare en convalescence ou même lorsqu'il a repris ses occupations.

3° *L'éruption a une durée essentiellement variable.*

4° *L'apparition de l'exanthème n'apporte aucune modification aux autres symptômes de la dengue.* Contrairement à ce que l'on observe

dans la grippe où les éruptions scarlatiniformes sont accompagnées d'un certain nombre de symptômes qui appartiennent à la scartatine (angine pultacée, fièvre ardente) et où les éruptions morbilliformes apportent avec elles les fluxions des conjonctives, le coryza et l'élément bronchitique propre à la rougeole, l'exanthème de la dengue, quels que soient les caractères qu'il réalise, est et demeure simplement un phénomène surajouté, sans relation en quelque sorte avec l'évolution de la maladie.

B. Forme éruptive apyrétique. Des seize observations personnelles relatives à cette forme, il résulte qu'il existe des cas dans lesquels après vingt-quatre à quarante-huit heures de céphalalgie ou de rachialgie ou de douleurs dans les membres, survient, sans que le malade ait jamais présenté de fièvre, une éruption ayant les caractères précédemment décrits. Parfois les symptômes subjectifs sont tellement légers qu'ils ne sont signalés que d'une façon incidente par un sujet étonné de son éruption dont il cherche à indiquer les phénomènes précurseurs ou concomitants.

C. Forme exclusivement éruptive. Dans un certain nombre de cas que nous avons pu suivre de très près, tout symptôme fébrile ou autre a fait complétement défaut, et l'éruption a été en réalité la seule manifestation de la maladie.

31. — La fièvre dengue en 1889.

Revue de Médecine, Janvier 1890.

Dans ce mémoire, nous démontrons que la maladie qui a régné d'une façon épidémique sur le littoral oriental de la Méditerranée pendant l'été de 1889 est bien et ne peut être que la dengue. Cette épidémie a débuté en Syrie et s'est étendue pour la première fois à l'Asie mineure, la Turquie d'Europe et la Grèce. Il est à craindre qu'elle ne s'y fixe. En effet, contrairement au choléra, dont les épidémies, quelque violentes

qu'elles soient, s'éteignent sans que la maladie se fixe aux régions sur lesquelles elles se sont produites, la dengue, le plus souvent, s'établit d'une façon définitive dans les contrées qu'elle a une première fois visitées.

Etudiant la contagiosité de la dengue qui était plutôt soupçonnée que démontrée, nous avons pu établir que c'est par l'arrivée d'une localité à l'autre d'une personne atteinte de dengue que la maladie s'est propagée à toute la Syrie. Dans les bourgades où tout le monde se connaît, et où, par conséquent, l'observation est facile, on a toujours pu nous désigner la personne qui avait apporté le germe de l'affection.

Enfin nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations qui nous ont permis d'affirmer que la dengue atteint fréquemment les animaux. (1)

32. — La dengue en 1904 et en 1902. — Formes atténuées. — Formes prolongées.

Congrès de la Faculté française de Médecine de Beyrouth, 1905 et *Revue de Médecine*, 10 Juin 1906

La dengue de 1904 a été caractérisée surtout par la rapidité de l'attaque et la courte durée de l'affection. En cela, elle s'est rapprochée singulièrement, à l'intensité près, des dengues tropicales.

Dans un important groupe scolaire, 26 élèves sont pris presque en même temps. Chez tous, sans exception, l'invasion fut d'une instantanéité presque absolue, puisque malgré la rapidité avec laquelle les élèves se dirigent à l'infirmerie à la moindre indisposition, la première exploration thermique faite dès leur arrivée donna une température dépassant

(1) Cette opinion a été confirmée six ans plus tard par les recherches de Piot Bey, vétérinaire en chef des domaines de l'Etat Egyptien.

39° et atteignant parfois 40°. Vingt quatre heures plus tard la défervescence s'était déjà effectuée en une chute brusque rappelant presque l'instantanéité de l'invasion. Les symptômes généraux, d'intensité médiocre, débutèrent avec la fièvre et se terminèrent en quelque sorte avec elle, si bien que les sujets étaient en parfaite santé 48 heures après le début de leur affection.

Ce passage rapide, presque instantané de la maladie à la santé, cette absence de convalescence, constitue une dérogation formelle aux habitudes de la dengue.

L'épidémie de 1902 fut au contraire caractérisée par des formes particulièrement longues et sévères. Nombreux ont été les cas qui ont duré 10 à 12 jours. Chez une jeune fille de 19 ans, la fièvre, après une invasion d'une extrême brusquerie, s'est maintenue pendant treize jours, matin et soir, sans rémission, au dessus de 40°, s'accompagnant d'une céphalée extraordinairement violente avec douleurs orbitaires intolérables, d'un malaise général énorme, d'une légère éruption morbilliforme, d'un état gastrique très prononcé, état gastrique qui céda au troisième vomitif, en même temps que se faisait la défervescence avec une brusquerie telle que nous trouvons la malade, le matin du quatorzième jour, avec une température de 36° 3, après l'avoir quittée la veille au soir vers 10 heures avec une fièvre de 40° 6.

33. — La grippe et la dengue.

Revue de Médecine, 1891.

Vers la fin de l'année 1889 une violente épidémie de grippe partant de la Russie envahit l'Europe puis l'Egypte, puis enfin la Syrie où elle débuta au moment où une épidémie de dengue était sur le point de finir. On discuta beaucoup sur la nature de cette épidémie grippale ; quelques médecins pensèrent qu'il s'agissait de la dengue, d'autres af-

firmèrent que la grippe et la dengue ne constituent en réalité qu'une même entité morbide.

Ayant eu l'occasion d'étudier de très près les deux épidémies, nous avons pu démontrer qu'elles appartiennent à deux maladies différentes.

L'éruption est fréquente dans la dengue, au point de l'avoir fait désigner sous le nom de fièvre rouge; elle est rare, sinon très rare, dans la grippe.

La prostration et la courbature existent dans la grippe et dans la dengue, mais elles sont incomparablement plus intenses dans la seconde que dans la première.

Sans doute les phénomènes douloureux de l'influenza ont une grande analogie avec ceux de la fièvre rouge, mais ils ont dans la dengue un début plus brusque et sont plus violents que dans la grippe. En outre les douleurs des genoux, les douleurs orbitaires, l'endolorissement des muscles oculaires, l'endolorissement du cuir chevelu appartiennent en propre à la dengue, comme aussi le besoin impérieux de déplacer ses membres à chaque seconde.

L'état gastrique existe dans les deux affections, mais dans la dengue le goût disparaît souvent complétement pour ne revenir que longtemps après la convalescence.

Le début de la grippe n'a pas la rapidité de celui de la dengue ; la dengue a une évolution beaucoup moins longue que la grippe et sa défervescence plus précoce est en général beaucoup plus brusque.

Dans la dengue on ne tousse jamais ; dans la grippe les manifestations bronchitiques ont une importance primordiale.

La dengue est une maladie essentiellement bénigne qui souvent dans ses épidémies les plus violentes ne cause aucun décès, tandis que la grippe est une maladie assez grave pour avoir fait dans l'épidémie de 1889-90 doubler pendant quelque temps, à Paris, le chiffre ordinaire de la mortalité.

Quelques médecins ont pensé que si la dengue de Syrie et la grippe d'Europe, qui pour eux ne constituent qu'une seule maladie, sont dissemblables dans leurs symptômes, leurs complications et leur pronostic, cela

tient à ce que la seconde, issue de la première, a été complétement transformée par le froid.

Or, l'examen de la température atmosphérique nous a démontré que la grippe, tant à Beyrouth qu'à Alexandrie, avait évolué par une température moyenne de + 16°, alors du reste qu'on observait encore, avec tous leurs symptômes habituels, quelques cas de dengue, reliquat d'une épidémie sur le point de s'éteindre.

34. — La dengue en France ?

Union Médicale du Nord-Est, Mars 1890.

Dans cet article nous démontrons que l'épidémie qui sévit en Europe et en particulier en France ne saurait être la dengue et ne peut être que la grippe.

35. — Article **Dengue** du *Traité des maladies de l'enfance* publié sous la direction de MM. *J. Grancher* et *J. Comby.*

36. — Etude sur la Myxodermie contracturante hémorrhagique

Mémoire couronné par l'Institut

(Prix Bellion 1896)

et récompensé par l'Académie de Médecine

(Concours du Prix Saintour 1896.)

Bulletins de l'Académie de Médecine
Séance du 12 Mai 1896.

« Dans le mémoire inédit qu'il adresse à l'Académie des Sciences, M. de Brun signale et décrit une affection récemment observée par lui en Syrie et pour laquelle il propose le nom de Myxœdème contracturant hémorrhagique. Il est impossible de prévoir quelle place elle pourra prendre dans nos cadres nosologiques, mais les faits observés par l'auteur ont été admirablement étudiés et sont très savamment discutés.

« Les travaux présentés par M. de Brun constituent donc une œuvre importante, de grand mérite et éminemment utile (1) ». *Rapport pour le concours du prix Bellion* 1896. Rapporteur M. Potain ; commissaires MM. Bouchard, Brouardel, Guyon, Lannelongue.

Dans ce mémoire, nous démontrons qu'il existe une maladie caractérisée par l'ensemble des phénomènes suivants : *début brusque* par une forte fièvre, du malaise, des vomissements, de la céphalalgie ; apparition rapide des *phénomènes typhiques* communs à toutes les maladies infectieuses, avec prédominance de l'agitation pendant la nuit, où le délire prend un caractère particulièrement violent ; *courbe thermique caractérisée par trois périodes :* une première pendant laquelle le thermomètre, après avoir atteint d'emblée 39°, oscille pendant huit à dix jours entre 39° et 40° ; une seconde (période d'apyrexie) durant laquelle la température descend pendant une huitaine de jours aux environs ou au dessous de la normale ; une troisième, où la température

(1) *Compte-rendu des séances de l'Académie des Sciences,* (Séance publique annuelle) page 1160.

remonte rapidement aux environs de 39° ; *contracture généralisée* de tout le système musculaire surtout accusée au niveau des muscles masticateurs (trismus), des muscles du visage (faciès spécial) et des muscles de la nuque (raideur du cou et impossibilité de tourner la tête) ; *transformation glutineuse du derme* qui perd son élasticité et sa résistance, et qu'on peut pétrir à volonté comme une cire un peu molle ; la malléabilité de la peau devient telle qu'on peut produire au niveau des joues un pli saillant qui persiste pendant près d'une demi-heure ; *hémorrhagies sous-cutanées* survenant au début de la troisième période, ecchymoses multiples, volumineuses, douloureuses, *caractérisées par une large zone blanche qui les entoure* et les distingue des ecchymoses qui peuvent se produire dans les autres maladies infectieuses et dans le scorbut.

Cette maladie est également remarquable par l'absence de météorisme, de taches rosées lenticulaires, d'éruption. Sa durée est de trois à quatre semaines. Son principe infectieux reste encore à déterminer. Cependant on peut affirmer qu'il n'a rien de commun avec le bacille d'Eberth.

Le pronostic est grave.

Le diagnostic en est relativement facile. La courbe thermique, l'absence de taches rosées et de météorisme, la constipation, distinguent cette affection de la *fièvre typhoïde*. Elle n'a ni l'exanthème ni la myocardite du *typhus exanthématique*, ni les spirilles caractéristiques de la *fièvre récurrente*.

Le *tétanos médical* n'offre ni l'ensemble des phénomènes typhiques ni la courbe thermique vraiment remarquable précédemment indiqués.

La *méningite cérébro-spinale* s'accompagne de douleurs vives de la colonne vertébrale et de convulsions ; la marche de la température n'a rien de caractéristique ; enfin à l'autopsie on trouve un exsudat purulent occupant les méninges et la couche corticale du cerveau.

L'altération de la peau est notablement différente de celle qu'on observe dans le *béribéri* et de celle du *myxœdème*.

Si l'*acrodynie* présente un début brusque, des vomissements, de la contracture des membres, et, chez quelques malades, un spasme tonique

pouvant se généraliser à la totalité du corps, y compris la face, elle se distingue par son épidémicité, son apyrexie, ses manifestations pénibles ou douloureuses au niveau des extrémités et la fréquence de l'érythème palmaire et plantaire.

En somme les symptômes véritablement pathognomoniques de l'affection permettent d'établir son autonomie et de la désigner sous le nom de *myxodermie contracturante hémorrhagique*.

37. — Etude sur les manifestations nerveuses du typhus exanthématique.

Bulletins de l'Académie de Médecine, séance du 29 Août 1893.

En première ligne, il faut placer la *céphalalgie*, qui après avoir persisté pendant toute la durée de la maladie, souvent avec une intensité peu commune, survit parfois à la défervescence et peut encore tourmenter les malades quand ils commencent a se lever.

Le *vertige* est encore plus constant et plus caractéristique. Nous l'avons vu persister vingt-cinq jours après la défervescence avec une intensité telle que le patient était dans l'impossibilité de se tenir debout.

L'insomnie, très fréquente, résiste souvent aux hypnotiques. La *gastralgie* et la *rachialgie*, assez fréquentes, sont moins constantes et moins intenses que dans la variole. L'*hyperesthésie cutanée*, *l'endolorissement général*, la *courbature* ne sont pas rares.

La *prostration* est un symptôme capital. Dans les formes légères, un mouvement un peu étendu, la déglutiition d'un verre de boisson plongent parfois le patient dans un réel abattement. Ce qui donne à cette prostration un cachet particulier, c'est la difficulté qu'éprouve le malade à parler. La langue lourde se meut difficilement, et les paroles lentes, tremblées s'échappent des lèvres à peine entr'ouvertes. Dans les formes graves, l'abattement est précoce et débute en quelque sorte avec le frisson initial pour s'accentuer avec une incroyable rapidité et se

terminer en une sorte de coma qui durera jusqu'à la défervescence ou jusqu'à la mort.

La prostration n'imprime pas toujours le masque typhique sur la physionomie du malade ; celui-ci a plutôt l'*air soucieux et inquiet*.

Le *tremblement* est un phénomène de grande importance qui peut être intense au point de mettre les malades dans l'impossibilité de porter les aliments ou les boissons à leur bouche. Très accusé au niveau des mains, il est parfois beaucoup plus prononcé encore au niveau de la mâchoire, de la langue et des lèvres (parfois impossibilité de prendre la température buccale et même de faire maintenir la langue hors de la bouche).

Les *troubles intellectuels* sont constants: (impassibilité, diminution on perte du raisonnement, de l'association des idées, des sentiments affectifs ; fréquence relative des hallucinations visuelles ; obsession par une idée fixe). Mais ce qui domine c'est la *perte de la mémoire* qui peut être absolue.

Le *délire* est variable ; le plus souvent doux et tranquille, il peut, sous l'influence d'hallucinations terrifiantes, se transformer en un délire d'action, nécessitant l'emploi de moyens de coercition.

38. —Contribution au diagnostic des abcès du foie.

Congrès de la Faculté française de Médecine de Beyrouth, 1904
et *Revue de Médecine*, 10 Novembre, 1904

Le diagnostic des abcès du foie est parfois difficile ; les moyens de diagnostic habituels sont fréquemment insuffisants, et la ponction, suprême ressource, n'est trop souvent qu'une décevante et trompeuse exploration.

On en est réduit alors à rechercher certains symptômes secondaires qui parfois peuvent prendre une importance capitale. Parmi eux

je signalerai l'état de la langue, les symptômes fournis par l'exploration thoracique, enfin certaines particularités du pouls et de la température.

Dans les abcès subaigus ou chroniques, la langue se dépouille parfois de son revêtement saburral, la pointe et les bords rougissent et l'organe se sèche complètement, présentant un aspect véritablement saisissant. *Totalement rouge*, d'un rouge ardent, framboisé, la langue donne au doigt la *sensation d'un organe véritablement ligneux*, ayant perdu sa souplesse habituelle. Ce qui donne à ce signe, malheureusement inconstant, une grande valeur, c'est qu'il peut exister presque seul ou s'accompagner simplement de phénomènes d'infection tellement atténués qu'ils passent inaperçus.

Les abcès du foie provoquent presque toujours une *pleurésie sèche* siégeant en général en arrière et à la base droite, et pouvant parfois se généraliser à la totalité de la plèvre droite, et plus rarement atteindre la plèvre gauche. Elle est en général assez légère pour ne pas altérer la sonorité normale du poumon ; nous avons vu cependant dans un cas l'épaississement de la plèvre provoquer une matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. En général indolore, cette pleurésie peut provoquer des douleurs qui concentrent l'attention sur l'appareil respiratoire et font méconnaître la phlegmasie hépatique. Parfois la pleurite s'accompagne de râles sous-crépitants plus ou moins abondants.

La fièvre, plus fréquemment intermittente que rémittente, est parfois caractérisée par une *remarquable dissociation des éléments thermiques*, si bien que le pouls ne subit que d'insignifiantes modifications du matin au soir, alors que la température présente de grandes oscillations thermiques qui en imposent pour une fièvre palustre.

Certains abcès semblent évoluer *sans fièvre*. Dans ce cas, un écart de régime, une fatigue provoqueront en général une élévation thermique de durée variable. D'autre part, il est fréquent d'observer après une période fébrile alarmante plus ou moins longue la chute absolue de la température coïncidant avec une telle amélioration des symptômes locaux et généraux que le malade se croit guéri. La guérison n'est qu'ap-

parente ; au bout de quelques semaines, de quelques mois, parfois d'un an ou deux les symptômes réapparaissent plus graves que jamais.

39. — Lèpre et Syringomyélie.

Presse Médicale, 9 Avril 1902.

Une malade agée de 24 ans entre dans notre service avec une déformation des mains analogue à celle qu'on observe dans l'atrophie musculaire type Aran-Duchenne. Mais comme cette atrophie ne dépassait pas l'avant-bras, comme elle s'accompagnait de troubles sensitifs caractérisés par la perte de la sensibilité à la douleur et à la chaleur avec conservation de la sensibilité tactile, nous avons porté le diagnostic de syringomyélie.

Or cette malade présentait en même temps des signes de l'infection lépreuse : diminution importante des règles, sensation de chaleur, « de brûlure, de feu ardent », vitiligo, présence dans les fosses nasales de nodules lépreux contenant de nombreux bacilles de Hansen.

Cela étant, nous avons rejeté l'idée d'une pseudo-syringomyélie lépreuse, d'une polynévrite lépreuse à manifestations syringomyéliques, cette polynévrite étant incapable de produire une dissociation des sensibilités aussi nette que celle de notre malade.

Il s'agissait donc d'une lépreuse atteinte de syringomyélie ou plutôt (ainsi que plusieurs de nos observations et certaines autopsies nous permettent de l'affirmer), d'une syringomyélie d'origine lépreuse.

Cela nous permet d'admettre l'existence de cas de lèpre à localisations médullaires.

Il en résulterait que la forme nerveuse de la lèpre peut être divisée en deux variétés : la lèpre névritique, très commune, la lèpre myélitique, beaucoup plus rare. Il se peut même que le bacille de Hansen se répande tout à la fois dans le système médullaire et dans le système

nerveux périphérique, ce qui expliquerait peut-être certaines dissociations imparfaites dans lesquelles la sensibilité tactile n'est pas complètement conservée sur la totalité des surfaces analgésiées.

40. — De l'Aïnhum.

Semaine Médicale, 1894, page 397.

Une jeune fille de huit ans, après avoir perdu le cinquième orteil du pied droit par le fait d'une constriction progressive, spontanée, siégeant à sa base, entre dans mon service, présentant au niveau du pli digito-plantaire du quatrième et du troisième orteil un sillon qui, paraît-il, s'enfonce de plus en plus profondément et menace de sectionner ces deux orteils comme l'a été le cinquième, l'année précédente, après une constriction qui avait débuté dès l'age de trois ans, c'est-à-dire quatre ans auparavant.

Le quatrième orteil est profondément altéré : sa consistance est analogue à celle de certains lipomes, et, bien que son pédicule ait encore une assez grande épaisseur, il est tout a fait mobile et flexible comme si la phalange avait disparu ; elle a disparu en effet, puisqu'une épingle traverse ce pédicule de part en part sans rencontrer de tissu osseux. Il ne s'agit donc pas, comme on l'a dit, d'une simple altération de la peau se rétractant de plus en plus, mais d'un trouble trophique intéressant également les parties profondes.

Notre malade présente des particularités intéressantes qu'on ne trouve pas signalées dans les cas d'aïnhum connus.

D'abord trois orteils du pied droit sont frappés ; les deux autres et ceux du pied gauche présentent une ébauche de constriction qui constitue une sérieuse menace ; or dans l'aïnhum, seul, le cinquième orteil est atteint.

En outre dans l'aïnhum on n'observe pas de troubles trophiques.

Or notre malade présente des troubles trophiques, vaso-moteurs (énorme abaissement de la température locale, teinte violacée des pieds) et sensitifs (anesthésie, thermo-analgésie).

Enfin l'aïnhum a jusqu'ici été considéré comme une maladie propre aux nègres ; or notre jeune fille est de race blanche.

L'aïnhum doit être distingué de la lèpre, de la maladie de Mirault d'Angers, de la maladie de Raynaud, des amputations congénitales.

C'est une maladie d'origine nerveuse, relevant, selon toute probabilité, d'une névrite dont la nature reste à déterminer.

41. — Contribution nouvelle à l'étude de la question de l'Aïnhum.

Annales de Dermatologie, Mars 1899.

Les symptômes présentés par une nouvelle malade nous permettent d'affirmer que la névrite est la cause réelle de l'aïnhum.

Une reproduction radiographique annexée à ce travail indique l'existence de lésions du squelette du pied au niveau et en deçà de la constriction aïnhumoïde, lésions soit antérieures à la stricture caractéristique de l'aïnhum, soit au moins contemporaines de cette stricture.

42. — L'Aïnhum et la Lèpre.

Bulletins de l'Académie de Médecine
Séance du 25 Août 1896.

Contrairement à M. Zambaco, nous admettons que la lèpre et l'aïnhum constituent deux maladies bien distinctes.

Plusieurs faits de mutilation aïnhumoïde avec troubles trophiques concomitants sont les principaux arguments des unicistes.

Ces arguments n'ont qu'une valeur médiocre. En effet, d'une part les cas de constriction circulaire dans la lèpre sont excessivement rares, et d'autre part ils siègent toujours *aux doigts* et s'accompagnent constamment d'autres manifestations morbides indiquant, les unes une intoxication plus ou moins profonde de l'organisme par le virus lépreux, les autres une localisation de la maladie soit au niveau des nerfs soit au niveau de la peau.

Dans l'aïnhum, au contraire, la constriction siège presque toujours sur le *cinquième orteil*, jamais au niveau des doigts.

Les unicistes ont tiré un argument de l'existence, chez quelques rares malades atteints d'aïnhum, de troubles trophiques ayant une certaine analogie avec ceux de la lèpre. Ces faits ne prouvent pas l'identité des deux maladies ; ils montrent simplement que l'agent pathogène de l'aïnhum peut provoquer, lui aussi, tout comme le bacille de Hansen, tout comme d'autres agents infectieux, soit par sa présence même dans la trame nerveuse, soit par les toxines qu'il secrète, une altération matérielle et fonctionnelle des nerfs périphériques. Aller plus loin serait monopoliser au profit de la lèpre un ensemble de symptômes qui ne lui appartiennent pas en propre, qui ne lui appartiennent que quand et parce que les nerfs périphériques sont intéressés, et qui peuvent relever au même titre et pour les mêmes raisons d'un grand nombre d'affections.

43 — Article **Aïnhum** de la *Pratique Dermatologique.*

44. — Article **Peste** du *Traité des maladies de l'Enfance* publié sous la direction de MM. *J. Grancher et J. Comby.*

III

Pathologie externe.

45. — Sur le raccourcissement musculaire post-tétanique et sur quelques symptômes peu connus du tétanos.

Bulletins de l'Académie de Médecine
Séance du 18 Août 1896.

Les altérations musculaires consécutives au tétanos chronique sont encore peu connues. Nous avons observé récemment un fait démontrant que dans certains cas il peut exister un véritable raccourcissement musculaire.

Il s'agit d'un portefaix chez lequel le tétanos, consécutif à l'application d'un cautère, laissa, après sa guérison qui fut tardive, des troubles singuliers de la marche et de la station. Le sujet marchait sur la pointe du pied, ou, pour parler plus exactement, sur l'avant-pied, le talon ne touchant jamais le sol. Au repos, dans la station debout, le talon gauche restait à 6 centimètres du sol, le droit à 4 centimètres et demi. Si le malade voulait poser à terre la totalité de la plante du pied, il ne pouvait le faire qu'en écartant lentement les jambes par un mouvement de glissement latéral, la pointe des pieds fortement tournée en dehors.

Cette démarche spéciale était due à un vrai raccourcissement du triceps sural, raccourcissement qui immobilisait le pied en extension sur la jambe, les deux segments formant un angle qui ne pouvait être réduit au dessous de 130°. Les muscles atteints présentaient un durcis-

sement ligneux. L'altération musculaire avait également frappé le biceps du bras gauche, se localisant exclusivement aux couches profondes du muscle et maintenant l'avant-bras demi-fléchi sur le bras. On sentait dans la profondeur de la masse musculaire bicipitale, au niveau de sa face postérieure, comme une lanière résistante et inextensible se continuant inférieurement avec le tendon d'insertion du muscle et contrastant, par sa rigidité, avec la souplesse molle de la partie superficielle. Ce raccourcissement musculaire qui avait également intéressé le masséter gauche, s'était développé peu à peu pendant la maladie au milieu de douleurs tantôt sourdes, tantôt assez violentes pour empêcher le sujet de dormir, douleurs localisées dans les masses des muscles, et que la pression à leur niveau, et surtout les mouvements articulaires forcés, exagéraient au point de faire crier le malade. Au moment où celui-ci quitta l'hôpital, trois mois et demi après son entrée, il ne souffrait plus et présentait une grande amélioration de la marche.

Nous avons vu encore deux autres faits offrant la plus grande analogie avec le cas précédent.

En Syrie, en effet, le tétanos est assez fréquent, et nous avons eu l'occasion, au cours de nos observations sur cette maladie, de constater un certain nombre de symptômes peu connus.

Nous insisterons sur la *constipation* qui résiste aux purgatifs et aux lavements et se reproduit avec une opiniâtreté extraordinaire après chaque évacuation.

Pendant tout le cours de la maladie, l'appétit est conservé, et il prend pendant la convalescence les proportions d'une *véritable fringale*. La *soif est ardente* et torture les malades du commencement à la fin de l'affection.

La *transpiration*, variable suivant les sujets et variable également d'une heure à l'autre chez le même individu, survit à la maladie, et devient parfois, soit au cours de l'affection, soit pendant la convalescence, d'une abondance excessive, inondant le lit, sans jamais s'accompagner des améliorations qui succèdent aux transpirations critiques.

A signaler également le *besoin de se déplacer*. On voit souvent, au moment où les phénomènes de contracture commencent à s'atténuer,

le malheureux patient, encore incapable d'un mouvement spontané, supplier qu'on modifie la position de ses membres et de son corps. On n'a pas depuis cinq minutes accédé à sa demande qu'il la renouvelle encore, et de nouveau il faut le remettre sur le côté ou le placer en supination, quand le décubitus dorsal a cessé d'être pour lui une position de repos.

46. — Sur un cas d'abcès froid de la langue.

(Note pour servir à l'étude des tuberculoses locales).

Bulletins de la Société Clinique, 1882.

Cette observation montre la difficulté du diagnostic des abcès froids de la langue avec les tumeurs érectiles, les lipomes et les kystes de cet organe.

47. — Sur un cas de Nécrose phosphorée des maxillaires supérieurs avec méningite consécutive.

Bulletins de la Société Clinique, 1882.

48. — Grossesse extra-utérine terminée par l'expulsion par le rectum du squelette fœtal après 7 années d'inclusion.

Bulletins de la Société Anatomique, 1882, page 468.

Au second mois d'une grossesse paraissant normale, une femme de 30 ans est prise d'une douleur subite extrêmement vive dans le bas-

ventre, suivie de syncope, de vomissements et de refroidissement des extrémités. C'était le début d'une péritonite sévère, dont la malade ne se releva qu'au bout de deux mois.

Puis la grossesse continua son évolution. Quinze jours avant l'époque attendue, le travail commence. Des douleurs expultrices se produisirent, le col s'ouvrit, puis au bout de trois jours ces phénomènes cessèrent, le col se referma, et le lendemain la malade se levait et reprenait ses occupation.

Pendant quelques jours, tension incommode des mamelles, accompagnant une sécrétion lactée assez abondante. Six semaines après, la menstruation se rétablit, et pendant sept ans les règles se sont toujours produites avec exactitude.

C'est alors que, le 1er mars 1882, survient une péritonite qui nécessite un séjour au lit de cinq semaines. Pendant ce temps des cheveux sont rendus, mêlés aux matières fécales. Cinq mois plus tard, expulsion, par le rectum, d'os paraissant appartenir à un squelette de fœtus à terme. Ces os étaient dépouillés de toutes les parties molles auxquelles ils donnent attache. Elle en rend encore le 27 novembre, jour de son entrée à l'hôpital. Une grande partie du squelette a été ainsi évacuée. Tous les os sont remarquables en ce que l'ossification est plus avancée qu'au moment de la naissance.

L'état général est bon ; pas de sang dans les garde-robes. La malade peut vaquer à ses occupations.

On sent à la partie inférieure de l'abdomen, du côté droit, une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, non douloureuse.

Il s'agit là d'un cas absolument exceptionnel. Dans les grossesses extra-utérines, en effet, quand les malades ne succombent pas à la péritonite, de deux choses l'une : ou le fœtus subit la dégénérescence adipo-cireuse, ou le kyste suppure, et alors, quand l'ouverture se fait par l'intestin, la malade est prise de diarrhée tout à coup et rend par le rectum des détritus infects au milieu desquels se trouvent des os de fœtus.

Ici rien de semblable. Le fœtus reste 7 ans dans son kyste sans déterminer de symptômes. Le squelette est normal, et l'ossification

plus avancée que chez un fœtus à terme, ce qui laisse supposer que l'enfant a continué à vivre après le neuvième mois. Notons enfin la longue durée de l'évacuation qui a commencé en août et qui continuait encore fin novembre.

49. — Ostéosarcome du pubis. Fracture spontanée. Abcès consécutif ouvert dans l'urèthre et dans l'articulation de la hanche.

Bulletins de la Société Anatomique, 1881, page 118.

Homme de 40 ans, éprouve dans les reins et dans la cuisse gauche des douleurs vives qui l'obligent à s'aliter, bientôt suivies d'œdème considérable des membres inférieurs et de l'abdomen.

Au bout de trois mois, du pus en grande abondance est rendu par les urines. De plus en plus cachectique, le malade meurt quinze jours plus tard.

A l'autopsie : abcès assez étendu qui contourne le pubis, et vient, d'une part, après s'être étalé en arrière du psoas, s'ouvrir dans l'articulation coxo-fémorale, tandis que d'autre part il s'ouvre dans l'urèthre immédiatement en avant de la prostate. Cet abcès reconnaît pour cause une fracture spontanée des branches horizontale et descendante du pubis, due elle-même à un ostéo-sarcome fasciculé de cet os.

50 — Article **Amputations congénitales** de la *Pratique Dermatologique*.

IV

Séméiologie

51. — Les vibrations abdominales et leur valeur séméiologique.

Bulletins de l'Académie de Médecine,
Séance du 23 Juillet 1901.

Chez certains malades, si l'on applique la main sur les parois abdominales pendant que le sujet parle, on perçoit des vibrations en tous points semblables aux vibrations thoraciques.

Il résulte de nos recherches que ce symptôme indique l'apparition d'un épanchement liquide dans la cavité péritonéale ; et il se trouve ainsi que les vibrations abdominales doivent leur existence à des conditions physiques qui, par un effet inverse, abolissent, lorsqu'elles sont réalisées au niveau des cavités pleurales, les vibrations thoraciques.

Tous les épanchements péritonéaux ne provoquent pas, à toutes les périodes, l'apparition du signe qui nous occupe. C'est surtout au début des ascites, alors que les feuillets du péritoine commencent à se mouiller, et avant que le liquide se soit collecté dans les parties déclives, qu'on le perçoit dans toute sa pureté.

En réalité, les vibrations abdominales constituent un des modes particuliers de la sensation de flot qui caractérise d'ordinaire les épanchements abdominaux, avec cette différence qu'au lieu de provenir du choc unique d'un doigt contre la paroi latérale, elles sont provoquées par de fines secousses vibratoires, agitant, sur toute sa surface, le centre

aponévrotique du diaphragme, et propagées par une mince lamelle liquide mouillant les replis péritonéaux.

On comprend combien, dans ces conditions, ce symptôme peut être éphémère et fragile, et l'on conçoit qu'après l'avoir constaté au début des épanchements abdominaux, avant que la sensation de flot soit perceptible, il puisse disparaître alors que cette sensation est nettement perçue. Voilà pourquoi on ne le retrouve, en général, ni dans les épanchements abondants, ni même au début des récidives d'un épanchement récemment ponctionné.

Mais sa précocité ne l'empêche pas d'avoir une réelle valeur ; il nous a permis dans plusieurs circonstances d'affirmer l'apparition d'un épanchement que rien encore ne laissait soupçonner. Son importance est d'autant plus grande que si, dans la plupart des cas, il coïncide avec le flot lombo-abdominal décrit par Bard, nous avons pu parfois le percevoir un ou deux jours avant que le signe de Bard, malgré sa précocité, ne fût perceptible.

52. — Etude sur les résonances tympaniques dans la pneumonie aiguë.

Revue de Médecine, 10 Novembre 1901.

Cette étude nous conduit aux conclusions suivantes :

Il existe dans la pneumonie trois variétés de sonorité tympanique.

La première variété (TYMPANISME PRÉMONITOIRE) s'observe au début de la maladie ; c'est un phénomène temporaire indiquant que le noyau pneumonique est séparé de la surface par une couche de tissu sain.

La seconde variété (TYMPANISME SATELLITE) est extrêmement fréquente ; elle réside de préférence au sommet et plus particulièrement dans la fosse sous-claviculaire et le creux axillaire, et peut occuper à la fois ces deux régions. On l'observe en général au voisinage du foyer

d'hépatisation, plus rarement à une certaine distance de ce foyer, qui siège ordinairement à la partie latérale ou à la partie postérieure du poumon, et qui, le plus souvent, mais non toujours, est assez étendu. Sa pathogénie est probablement plus complexe que ne semble l'indiquer l'appellation de sonorité complémentaire ou compensatrice qu'on a cru devoir lui donner.

Dans les deux premières variétés, c'est le poumon lui-même qui fournit les vibrations sonores ; dans la troisième (TYMPANISME PLESSIMÉTRIQUE), il ne fait que les transmettre et va les puiser dans les organes voisins.

Lorsque le poumon est totalement hépatisé, on peut constater *deux foyers de tympanisme plessimétrique*. Le *foyer supérieur* occupe la région sous-claviculaire et plus rarement la partie supérieure de la région paravertébrale ; son tympanisme a le timbre du bruit de pot fêlé, et émane de la trachée et des premières divisions bronchiques (bruit trachéal); il s'exagère quand le malade ouvre la bouche, et devient d'autant plus intense qu'on se rapproche davantage du sternum. Le *foyer inférieur* siège à la base du thorax et peut se localiser indifféremment en avant, en arrière ou sur les côtés ; sa sonorité est franche et parfois éclatante ; il prend probablement son origine dans les viscères creux de l'abdomen ou dans le poumon du côté opposé. L'existence simultanée de ces deux foyers de tympanisme est un signe d'un pronostic très grave.

Le foyer supérieur peut exister seul ; il faut pour cela que les parties supérieures du poumon soient hépatisées dans toute leur épaisseur et sur une grande hauteur. C'est la raison pour laquelle ce foyer tympanique est alors bordé inférieurement par une matité très étendue de la région postérieure et supérieure de la poitrine.

53. — Le point épigastrique dans l'emphysème pulmonaire et dans les cardiopathies.

(*Revue de Médecine*, 10 décembre 1905.)

Le point épigastrique, dont personne jusqu'à présent n'a signalé l'existence, est caractérisé par une douleur qui a son siège de prédilection au niveau de l'épigastre et qui, dans ses formes sévères, a une violence telle qu'elle immobilise le sujet, empêchant marche, efforts, mouvements, s'opposant au sommeil pendant plusieurs semaines, dominant par son intensité toute la scène morbide, en imposant pour une gastralgie, un ulcère de l'estomac etc. En général limitée à un point extrêmement restreint, elle peut parfois occuper un espace plus considérable.

Presque toujours continu, le point épigastrique présente parfois de notables exacerbations, soit pendant la nuit, soit à l'occasion des efforts ou de la marche.

Mais c'est surtout la pression à l'épigastre qui augmente la douleur et la rend parfois intolérable.

Nos statistiques nous permettent d'affirmer que ce point douloureux constitue un symptôme fréquent et de premier ordre, qui, du commencement à la fin, peut être le phénomène capital, parfois même la seule manifestation subjective, dont se plaigne le malade. Il est très fréquemment un phénomène précoce de l'emphysème pulmonaire. Tantôt il s'installe insidieusement, tantôt son début est brusque. Une fois qu'il s'est établi, ce symptôme ne rétrocède jamais spontanément ; il persiste indéfiniment, s'atténuant ou disparaissant momentanément sous l'influence d'un traitement rationnel.

Au point de vue pathogénique, ce symptôme ne saurait dépendre d'une affection stomacale, car il n'est pas modifié par la digestion, et

les malades qui en sont atteints ne présentent aucun signe d'une altération gastrique.

Il se distingue nettement des manifestations gastro-intestinales observées chez les artério-scléreux par Potain, et des coliques artérioscléreuses décrites par Buch.

Il semble dépendre exclusivement de l'emphysème. Quel en est le mécanisme ? L'abaissement des viscères abdominaux et les tiraillements possibles du plexus solaire par le fait de cet abaissement ne sauraient être incriminés.

C'est dans l'état du cœur ou plus exactement du ventricule droit qu'il faut chercher l'explication du point épigastrique. L'excès de pression permanent imposé à la circulation pulmonaire par l'emphysème généralisé, retentit violemment sur ce ventricule qui finit par se laisser dilater. Mais cette dilatation ne s'effectue pas sans mettre en jeu une sensibilité spéciale, *sensibilité de distension* que le ventricule partage avec tous les organes musculaires creux, et qui, sollicitée à l'excès, devient une véritable douleur. Aussi est-ce dans l'angle costo-xyphoïdien gauche, à l'endroit même où vient battre le ventricule droit chez les emphysémateux dont le cœur est abaissé, que la pression provoque une excessive douleur.

Et ce qui prouve que la douleur épigastrique dans l'emphysème pulmonaire est due à la dilatation du ventricule droit, c'est qu'elle s'observe en dehors de l'emphysème, toutes les fois que, comme vers la fin des affections mitrales et plus particulièrement du retrécissement mitral, le ventricule droit se laisse distendre par le fait d'une pression intrapulmonaire exagérée.

Aux douleurs des cardiopathies artérielles, issues des altérations de l'aorte, nous estimons donc qu'il y a lieu d'opposer les douleurs jusqu'à présent méconnues des cardiopathies du ventricule droit émanant des troubles de la circulation pulmonaire.

Non moins remarquables que les premières, infiniment plus fréquentes, elles s'en distinguent par des caractères que le tableau suivant permet d'apprécier :

DOULEURS DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES.	POINT ÉPIGASTRIQUE (DOULEURS DES CARDIOPATHIES DROITES)
Siègent dans la région rétrosternale.	Siègent le plus souvent dans la partie supérieure de la région épigastrique.
Sensation d'angoisse et de constriction.	Sensation parfois ttès violente de pesanteur, de tension, de douleur sourde.
Irradiations fréquentes (vers l'épaule, le bras et la main gauches ; — au cou ; — entre les deux épaules).	Irradiations rares (vers la partie inférieure de la région dorsale).
Paroxystiques. Rémissions longues et souvent complètes.	Permanentes. Fréquentes exacerbations nocturnes.
Sans relation avec la dyspnée.	Intimement liées à la dyspnée. S'exagèrent sous l'influence des causes qui la provoquent.
Pas augmentées par la pression.	Toujours exagérées par la pression qui les rend souvent véritablement atroces.
S'accompagnent souvent d'hypertrophie du ventricule gauche et de choc en dôme de la pointe.	S'accompagnent toujours d'hypertrophie du cœur droit et de battements visibles au niveau du creux épigastrique où la main perçoit souvent une sensation analogue au choc en dôme.
Efficacité des iodures et de la morphine.	Efficacité remarquable des iodures et de la morphine chez les emphysémateux ; efficacité des médicaments toni-cardiaques chez les mitraux.

54. — Un nouveau procédé de recherche du réflexe rotulien.

Congrès de la Faculté française de Médecine de Beyrouth, 1908.

La recherche du réflexe rotulien est souvent rendue difficile par l'inintelligence ou l'appréhension du malade qui n'arrive pas à relâcher son membre inférieur, ou qui au moment du choc, fait exécuter à sa jambe un mouvement volontaire ou involontaire.

Toute cause d'erreur disparaît, si, au lieu d'examiner le mouvement de bascule de la jambe, on recherche sur le muscle lui-même le degré de contraction provoqué par la percussion de son tendon.

Pour obtenir le résultat voulu, le malade étant assis, il faut de toute nécessité que la plante du pied repose franchement et en totalité sur le sol, la jambe formant à peu près un angle droit avec la cuisse. Quand il est couché, la plante du pied doit reposer sur le plan du lit, la cuisse étant en demi-flexion sur le bassin, la jambe en demi-flexion sur la cuisse. Dans les deux cas le pied est immobilisé d'une façon absolue, si bien qu'au moment de la percussion du tendon rotulien la jambe ne puisse faire aucun mouvement. Dans ces conditions, à ce moment là, en cas d'exagération des réflexes, on constate au niveau de la cuisse une énorme et passagère saillie, et si alors la main de l'observateur embrasse la face antérieure de la cuisse, cette main est violemment soulevée, en même temps qu'elle sent le muscle sous-jacent s'enfler souvent dans d'excessives proportions, lui donnant l'intraduisible sensation d'un corps cylindrique primitivement mou, devenant subitement d'une dureté ligneuse et subissant une irrésistible distension.

Si le réflexe est aboli, la main appliquée sur la face antérieure de la cuisse au moment où l'on percute le tendon, constate l'inertie absolue d'un muscle qui reste mou et pâteux.

V

Hygiène. — Hygiène publique. — Hygiène internationale. — Médecine publique. — Prophylaxie.

55. — Les Institutions sanitaires Ottomanes et la défense de l'Europe contre la peste et le choléra.

Mémoire couronné par la Faculté de Médecine de Paris

(Prix Jeunesse 1900)

et récompensé par l'Institut

(Concours du prix Bréant 1899)

«Sous le titre : l'Organisation sanitaire de l'Empire Ottoman et la défense de l'Europe contre la peste et le choléra, notre confrère le Dr H. de Brun soumet à l'attention de l'Académie un mémoire d'une importance extrême, en ce sens qu'il touche à maintes questions intéressant la protection de la Méditerranée contre les incursions que menacent toujours d'y faire le choléra ou la peste.

« Une expérience de dix années donne en ces matières autorité à notre médecin sanitaire de Beyrouth qui, frappé de maintes imperfections, voudrait qu'on y remédiât. Ne croyant pas assez faire en signalant le danger que court l'Europe de par une mauvaise interprétation de la convention sanitaire internationale de 1870, le Dr H. de Brun propose une série de remèdes dont l'application immédiate serait facile.

« Les réformes et les améliorations demandées par le Dr H. de Brun, nécessaires dès maintenant, lui apparaissent urgentes pour les temps assez prochains où l'Euphrate se trouvant relié à la Méditerranée par la ligne Biredjik-Beyrouth, les

provenances de Perse, de Mésopotamie, du golfe Persique et par conséquent de l'Inde afflueront sur le grand port de Syrie.

« Pour échapper en ses détails à l'analyse, le mémoire du Dr de Brun, placé mieux que quiconque pour parler des affaires sanitaires de l'Asie Mineure, en particulier, et des affaires sanitaires Ottomanes en général, est un travail qui mériterait d'être médité par tous ceux des agents qui ont charge en Orient des intérêts sanitaires internationaux ».

L. Landouzy. (1)

56. — Le chemin de fer du Hedjaz et ses conséquences sanitaires.

Congrès de la Faculté française de Médecine de Beyrouth, 1905.

Jusqu'à présent, quelles qu'aient été les conditions sanitaires à la Mecque, jamais la Caravane de Damas n'a transporté la peste ou le choléra en Syrie, et chaque fois que nous avons été contaminés, c'est par la voie maritime que nous l'avons été.

A partir du prochain pèlerinage, nous serons menacés surtout par terre, parce que les conditions qui nous protégeaient de ce côté n'existeront plus.

Le désert, en effet, a toujours été le procédé d'extinction le plus parfait du choléra ; il suffit pour s'en convaincre de se rappeler ce qui s'est passé chaque fois que les pèlerins indiens ont apporté la maladie à la Mecque.

De 1872 à 1895, neuf épidémies de choléra éclatent à la Mecque; neuf fois les pélerins partent de la Mecque avec le choléra, qui chaque fois fait de nombreuses victimes pendant les premières étapes et disparaît ensuite progressivement, si bien que la caravane arrive chaque fois

(1) Rapport à l'Académie de Médecine, *Bulletins de l'Académie de Médecine*, Séance du 7 novembre 1899.

en parfait état à Aïn-Zarka, dernière station où elle subit 48 heures d'observation avant de se disloquer.

Or la barrière qui nous protégeait n'existe plus ; le chemin de fer du Hedjaz vient de la faire tomber. La voie ferrée est actuellement posée jusqu'à Moudawara (572 kil. de Damas), à peu près la latitude du Caire ; l'année prochaine elle atteindra Tabouk, peut-être même Akhdar et aura largement pénétré dans ce que j'appellerai la zone dangereuse, c'est-à-dire la zone au niveau de laquelle les caravanes parties de la Mecque avec le choléra sont encore décimées par la maladie.

De là elles seront en 48 heures à Damas.

L'échéance redoutable est donc arrivée, et ce serait désormais une dangereuse illusion que de compter sur les mesures quarantenaires prises jusqu'ici à Mzérib, à Aïn-Zarka ou à Maan avant la dislocation de la caravane.

Aujourd'hui que le danger est réel, il nous paraît indispensable qu'on prenne vis-à-vis de la caravane des précautions analogues à celles que l'on prend vis-à-vis des pèlerins qui s'embarquent à Djeddah ; et nous pensons qu'un lazaret situé dans les environs de Médine, lazaret muni d'étuves à désinfection et de tout le confort scientifique nécessaire, est aussi indispensable que le lazaret de Djebel Tor qui nous protège si efficacement contre les provenances maritimes du pèlerinage.

Au reste ce n'est pas seulement pour Damas, Beyrouth et la Syrie que nous devons avoir des craintes. Si l'on songe que la grande voie ferrée qui doit relier Constantinople à l'Euphrate n'est déjà plus un simple projet, on peut dire que l'Europe se trouve sérieusement et directement menacée.

57. — Des quarantaines en Orient. Hygiène publique et privée en Syrie.

Semaine Médicale, 16 Octobre 1886.

Dans cet article nous examinons ce que valent les mesures de prophylaxie générale prises jusqu'à présent (1886) par l'administration sanitaire, soit en Egypte soit en Turquie, et nous étudions l'hygiène de l'habitation, des vêtements et de l'alimentation, ainsi que l'hygiène urbaine en Syrie.

58. — Relation de l'épidémie de typhus exanthématique qui a sévi à Beyrouth en 1893.

Revue de Médecine, 10 Novembre 1893.

Dans le courant de janvier 1893 une violente épidémie de typhus exanthématique éclate à Beyrouth ; elle n'était certainement pas née sur place.

Nos recherches nous permirent de démontrer qu'elle nous fut importée par des Arabes venant de la Tripolitaine et fuyant un pays que les sauterelles avaient complètement ravagé. Un certain nombre succombèrent pendant la traversée, beaucoup furent transportés à l'hôpital dès leur arrivée à Beyrouth ; les autres s'entassèrent dans de grands caravansérails auxquels on donne le nom de Khans.

Nous avons pu démontrer que les premiers Beyrouthains que la

maladie a frappés, ou bien habitaient les khans où logaient les Tripolitains, ou bien étaient obligés par les nécessités de leur profession de passer plusieurs heures par jour dans ces khans.

Il est difficile de dire exactement le nombre des malades atteints au cours de l'épidémie et le chiffre des décès. Ce que nous pouvons dire c'est que l'épidémie a été intense et meurtrière, et que nous avons cru devoir prendre de sévères mesures de prophylaxie relatives aux passagers s'embarquant sur nos paquebots à destination de Marseille.

Bien que le typhus exanthématique ne soit pas considéré comme une maladie pestilentielle, ces mesures nous ont paru légitimées par la grande contagiosité de la maladie. Dans notre service, deux de nos élèves, deux infirmiers, une infirmière, l'aumônier de l'hôpital et deux malades ont été frappés ; dans le service de chirurgie aucun cas de typhus ne s'est produit.

Enfin nous avons pu démontrer que le typhus peut être transporté à distance par un individu en bonne santé ayant eu récemment des rapports avec des typhiques.

Les particularités cliniques furent les suivantes : prédominance des phénomènes nerveux et des phénomènes cardiaques. La myocardite fut la règle absolue. Elle a pu débuter dès le second jour et se prolonger bien après que la défervescence s'était effectuée. C'est par le cœur que meurent la plupart des malades.

Moins constante que dans la fièvre typhoïde, l'éruption, qui a toujours respecté la face, a subi chez quelques malades, trois ou quatre jours après son apparition, la transformation pétéchiale ; mais cette transformation n'est en aucune sorte l'indice d'une altération du sang comme dans les formes hémorrhagiques des maladies infectieuses ; elle ne s'accompagne d'aucune hémorrhagie, et constitue une manifestation purement locale, une sorte de trouble trophique spécial, une expression symptomatique propre au typhus.

La constipation fut la règle presque absolue ; en général le ventre resta souple et indolore. Le foie et la rate parurent toujours normaux.

Presque tous les malades furent atteints de bronchite, caractérisée

par une toux très fréquente et très fatigante et par de nombreux râles aux bases.

Le début de la maladie fut le plus souvent brusque, sa défervescence se fit toujours du douzième au quinzième jour.

C'est alors que commençait une *remarquable période d'hypothermie* pleine encore d'incertitude, de surprises et de danger, qui appartient bien plus à la maladie qu'à la convalescence, période véritablement propre au typhus exanthématique, dont l'hypothermie qui suit la dothiénentérie et un certain nombre de maladies infectieuses ne peut donner qu'une idée lointaine et incomplète, et qui, à peine mentionnée dans les auteurs, n'a été ni mise en lumière ni traitée avec tous les développements que légitime son importance. Nous nous sommes attaché à en faire une description aussi complète que le permettait l'observation d'une seule épidémie.

Le typhus coexistant à Beyrouth avec la dengue et la variole, le diagnostic fut souvent très difficile pendant les deux premiers jours, les trois maladies ayant souvent un début analogue.

59. — Etude sur l'épidémie de peste de Beyrouth de 1900.

Bulletins de l'Académie de Médecine 1901
Séance du 22 janvier, page 102.

Etudiant l'origine de cette épidémie de peste, nous arrivons à démontrer qu'elle n'a pas été importée à Beyrouth par un individu contaminé, toutes les provenances de l'extrême Orient et de l'Egypte étant soumises au lazaret de Beyrouth à une rigoureuse quarantaine, et aucun cas de peste ne s'étant manifesté chez ces quarantenaires. De plus, la caravane de la Mecque était arrivée en excellent état à Damas, sans qu'aucun cas de maladie infectieuse se soit déclaré en cours de route.

La peste est donc née sur place. Or les quatre malades chez lesquels elles s'est produite, n'ayant aucune relation avec les paquebots, avec la douane où avec les docks, vivaient d'une vie commune, de la vie monotone des ouvriers arabes, passant des semaines et des mois sans sortir des limites étroites de leur petit quartier. Tous les quatre étaient ouvriers dans une fabrique de douceurs arabes dont la spécialité était le *halawa*, sorte de pâte composée de sucre et d'une substance mucilagineuse extraite des graines de sésame. Or le sucre, de provenance égyptienne, était expédié dans des sacs de jute, et ce sont les sacs qui semblent avoir transporté le germe de la maladie. Ce qui paraît confirmer cette manière de voir, c'est qu'à Alexandrie la maladie a sévi presque exclusivement chez les épiciers.

Quoiqu'il en soit l'étude de l'épidémie de Beyrouth démontre la très faible contagiosité de l'affection. En effet, les quatre sujets, dont la maladie a débuté presque simultanément, n'ont pas pu se contaminer les uns les autres, et n'ont contaminé personne, bien que leur affection n'ait été connue qu'assez tard. En outre, quarante-cinq jours auparavant un autre ouvrier de la même fabrique avait été atteint de la même maladie, pendant l'évolution de laquelle il communiqua librement avec une quantité considérable d'habitants, sans que ceux-ci aient eu à en souffrir.

L'étude de la peste de Beyrouth conduit donc à des résultats qui confirment les renseignements fournis par la peste d'Alexandrie et celle de Smyrne, et nous permet d'affirmer qu'il est nécessaire de séparer nettement, au point de vue de la transmissibilité, la peste exclusivement bubonique de la peste à forme pneumonique. Tandis que la première est souvent fort peu transmissible, la seconde, au contraire, est extrêmement contagieuse, par le fait de la présence de bacilles de Yersin en quantité considérable dans les crachats.

Cette distinction, si elle eut été faite, eut évité aux populations de Beyrouth et du Liban bien des mesures inutiles et vexatoires.

60. — Etude sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Beyrouth en 1895.

Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1896.
Séance du 22 Mai, page 467.

Une épidémie de fièvre typhoïde d'une violence peu commune s'est déclarée à Beyrouth dans la seconde quinzaine d'octobre 1895. Elle a causé plus de ravages que la grande épidémie de typhus exanthématique de 1893 et a touché plusieurs milliers d'individus.

Elle a été remarquable par la violence, la gravité de ses symptômes, et la singularité de son évolution. C'étaient de capricieuses oscillations de la température et du pouls, des abaissements brusques et inexpliqués de la colonne thermométrique, auxquels succédaient, sans transition, des ascensions imprévues.

C'étaient les phénomènes où les complications caractéristiques du troisième septenaire, éclatant avant la fin du premier, se prolongeant outre mesure, et menaçant pendant plusieurs semaines la vie du sujet ; c'était des irrégularités sans nombre dans le mode d'apparition et de progression des signes habituels de la maladie, un enchevêtrement inconnu de symptômes, un dérèglement échappant à toute classification et déroutant toute prévision.

Les formes prolongées (6, 8, 10, et même 12 semaines) ont été la règle. La convalescence a été indéfiniment longue et les récidives extrêmement fréquentes.

Cette épidémie fut le résultat de la contamination du *Nahr-el-Kalb* qui alimente Beyrouth, contamination qui s'est produite dans les conditions suivantes :

Pendant l'été, de nombreux cas de fièvre typhoïde étaient observés dans certains villages situés sur une colline riveraine du fleuve. Or le

14 octobre une pluie torrentielle s'abattit sur Beyrouth et la région voisine avec une violence absolument indescriptible. En moins d'une demi-heure les rues de la ville furent littéralement transformées en torrents qu'il devint dangereux de vouloir traverser. Plusieurs enfants furent emportés par le courant et précipités dans des bouches d'égoût. Des montagnes voisines de Beyrouth descendaient, en gigantesques cascades, d'énormes masses d'eau, et en quelques heures, le *Nahr-el-Kalb*, colossalement grossi, roulait dans ses eaux les détritus enlevés aux collines voisines qui furent ravinées sur plusieurs centimètres d'épaisseur. Les matières fécales, simplement déposées sur le sol, comme dans toutes les campagnes syriennes, suivirent le courant, et, avec elles, les germes de la fièvre typhoïde. Et c'est ainsi que, dix jours plus tard, après la période d'incubation réglementaire, l'épidémie éclatait à Beyrouth de tous les côtés à la fois. Au 1er novembre, on pouvait compter plusieurs centaines de malades, tous arrivés à la fin du premier septenaire.

61. — Rapports sur l'état sanitaire de Beyrouth et de la Syrie.

En qualité de médecin Sanitaire de France en Syrie, nous avons adressé, de 1888 à 1907, au Ministre de l'Intérieur un nombre considérable de rapports sur l'état sanitaire en Orient et sur les différentes épidémies et épizooties de la côte Syrienne. Plusieurs de ces rapports nous ont valu des félicitations du Comité Consultatif d'Hygiène, et l'un d'eux a été couronné par la Faculté de Médecine de Paris (Prix Jeunesse).



VI

Thérapeutique.

62. — Etude sur l'action thérapeutique du sulfate de cinchonidine.

Mémoire couronné par l'Académie de Médecine,

(Prix Desportes 1890)

et récompensé par l'Institut,

(Concours de prix Bellion 1890).

(*Revue de Médecine*, Septembre 1890).

Ce mémoire, basé sur 63 observations personnelles ou prises sous notre direction par nos élèves, nous a conduit aux conclusions suivantes :

1° Le sulfate de cinchonidine, administré aux mêmes doses que le sulfate de quinine, combat les accidents aigus de l'impaludisme avec le même succès que ce dernier. Il suffit souvent d'une ou deux administrations de ce médicament pour voir disparaître les accès de fièvre intermittente.

2° La valeur du sulfate de cinchonidine n'est pas moindre dans la cachexie palustre. Il arrête la destruction globulaire et diminue très rapidement l'anémie paludéenne. Le nombre des hématies augmente dans des proportions considérables sous l'influence de son emploi. Il

fait diminuer en peu de temps le volume du foie et de la rate, mais il ne peut rien contre les scléroses définitivement constituées. Il guérit rapidement les congestions pulmonaires paludéennes et les albuminuries curables dépendant des congestions rénales de même nature.

3° C'est un excellent médicament à opposer aux névralgies intermittentes; c'est peut-être un médicament utile contre les névralgies de cause commune. De nouvelles recherches sont nécessaires sur ce dernier point.

4° Le sulfate de cinchonidine réussit souvent dans des cas où le sulfate de quinine a été impuissant. La supériorité du sulfate de cinchonidine sur le sulfate de quinine tient encore à ce que ce médicament est mieux toléré par l'estomac ; à ce qu'il ne provoque pas aussi facilement des bourdonnements d'oreille et des vertiges ; à ce que certaines personnes auxquelles la quinine, même à doses infinitésimales, provoque des éruptions et des phénomènes d'intoxication très pénibles, peuvent souvent supporter sans difficulté des doses sérieuses de cinchonidine.

5° La modicité du prix des sels de cinchonidine est un motif pour lequel il serait désirable de les voir passer au nombre des médicaments couramment employés.

63. — Traitement de la lèpre par l'Ichtyol.

Bulletins de l'Académie de Médecine,
Séance du 23 Avril 1901.

La première malade soumise au traitement par l'ichtyol était une jeune femme de vingt-quatre ans, atteinte depuis quatre à cinq ans de lèpre tuberculeuse. Bien que nous eussions débuté par des doses extrêmement minimes (0, 30 centigr. d'ichtyol par jour, à l'intérieur) les résultats furent remarquables. En quelques mois, les tubercules qui défiguraient la malade pâlirent et s'affaissèrent, et la rhinite ulcéreuse

par laquelle l'affection avait débuté, rétrocéda presque complètement. Dans plusieurs autres cas de lèpre cutanée, les résultats ont été également très satisfaisants.

Mais si l'ichtyol est un médicament de choix dans la lèpre tuberculeuse, il a jusqu'à présent à peu près complètement échoué dans la lèpre nerveuse. Chez une femme atteinte de lèpre mixte, l'ichtyol administré à la dose de 1 gramme, puis progressivement aux doses de 6, 8 et 10 grammes par jour, a fait complètement disparaître la rhinite, mais n'a nullement modifié les accidents nerveux.

Outre qu'elle a l'avantage de préciser l'action élective de l'ichtyol, cette seconde observation permet de dire que ce médicament, qui a été préconisé par Unna à la dose de 0,75 centigr. par jour, et que quelques auteurs ont donné à la dose de 2 à 3 grammes, peut être administré sans inconvénient aux doses beaucoup plus élevées de 8 et 10 grammes en vingt-quatre heures ; toutefois il est prudent de n'atteindre ces doses élevées que progressivement, quoiqu'on puisse sans crainte débuter par 5 grammes.

Quand à l'emploi de l'ichtyol sous forme de topique, récommandé par quelques auteurs contre la lèpre tuberculeuse, nous déclarons n'en avoir retiré aucun avantage, pas plus dans le traitement des lépromes cutanés que dans celui des rhinites lépreuses.

64. — Traitement de la blennorrhagie par l'acide picrique.

Congrès de la Faculté française de Médecine de Beyrouth, 1900, et *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 15 Juin 1901.

La puissance de dessication de l'acide picrique dans les brûlures et dans les affections suintantes de la peau, la rapidité avec laquelle se

font, sous son influence, les régénérations épithéliales, nous ont donné l'idée d'employer ce médicament dans la blennorrhagie et dans quelques affections catarrhales des muqueuses abordables aux topiques (conjonctive, muqueuse pituitaire). Les résultats sont très encourageants.

Nous employons en général une solution dont le titre varie de 1/200 à 1/100. L'injection à 1/200 est souvent indolore, celle à 1/100 peut causer des douleurs assez vives, jamais intolérables. Nous faisons faire avec de petites seringues en verre, aussi bien stérilisées que possible, d'une contenance de 5 à 6 centimètres cubes, de simples injections à méat fermé. Nous laissons pendant trois minutes le liquide en contact avec le canal. Les injections sont répétées deux à trois fois par jour quand elles sont peu douloureuses et une fois seulement quand le malade les supporte difficilement, ce qui est fort rare. Très souvent en quatre à cinq jours la guérison radicale est obtenue dans les blennorrhagies aiguës. Nous avons observé des guérisons aussi rapides et définitives dans des blennorrhagies chroniques qui avaient résisté à tous les traitements antérieurs. Inutile de dire que ces résultats ne sont obtenus qu'à la condition qu'il s'agisse d'une uréthrite antérieure. Dans l'uréthrite postérieure il serait sans doute nécessaire de faire des instillations.

Un des premiers effets de l'injection d'acide picrique est de modifier la nature de l'écoulement. De vert ou jaune qu'il était, l'écoulement, dès les premières injections, devient presque clair ; il perd sa purulence et son opacité. Parfois il devient plus abondant, pour diminuer et disparaître dès que les injections ont été suspendues.

L'effet du traitement sur les gonocoques est remarquable ; ceux-ci, comme les leucocytes, du reste, diminuent rapidement de nombre, pendant que les cellules épithéliales deviennent plus abondantes dans la préparation, indice certain d'un énergique effet curatif.

Ce médicament en solution à 1/200, employé soit en lavages, soit, dans le cas d'étroitesse de l'orifice préputial, en injections entre le prépuce et le gland, nous a donné les plus heureux résultats dans la balanoposthite.

Nous ajouterons également qu'il nous a donné de beaux succès dans certaines leucorrhées.

65. — Traitement des bronchites par l'ichtyol.

Congrès de la Faculté française de Médecine de Beyrouth 1901,
et *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique,*
29 Novembre 1902.

L'observation suivante nous permet de ranger l'ichtyol parmi les médicaments de premier ordre dans le traitement de certaines bronchites :

Une jeune fille de 13 ans entre dans notre service pour une toux datant de 6 ans et consécutive à la coqueluche. Cette toux présentait un caractère spasmodique et déchirant tout-à-fait singulier. Très semblable aux quintes de la coqueluche, elle s'en distinguait par l'absence de reprise et se terminait par l'expulsion de mucosités souvent sanguinolentes réjetées au milieu de violents efforts de vomissements. Pendant les quintes, la fillette, le visage cyanosé, les lèvres violettes, les yeux saillants, les extrémités froides et bleuies, semblant devoir asphyxier. L'expectoration était abondante. Chaque matin le crachoir était rempli d'un liquide sanguinolent légèrement mousseux.

A l'auscultation, signes d'emphysème, et de plus, râles sibilants et sous-crépitants remplissant la poitrine.

Cette bronchite qui pendant six ans avait résisté à tous les traitements, fut rebelle à tous les moyens que nous employâmes pour la combattre.

C'est alors que nous administrâmes l'ichtyol à la dose de 1 gramme. L'effet fut merveilleux ; la toux et l'expectoration diminuèrent dans des proportions imprévues. Pour la première fois depuis 6 ans, la malade passa une bonne nuit.

Le lendemain nous prescrivons 2 grammes. La toux disparaît totalement ainsi que l'expectoration. L'effet fut rapide, décisif au point d'avoir la netteté d'un fait de physiologie expérimentale. Par acquit de

conscience nous gardons la malade encore trois semaines dans notre service, et nous pouvons, tant par l'examen stéthoscopique que par la disparition définitive de la toux, de l'expectoration et de l'hémoptysie, constater sa guérison définitive.

Cette observation confirme les recherches de M. B. Jennings et fait désirer que de nouvelles études permettent de préciser et d'étendre les indications d'un médicament qui possède à son actif de pareils succès.

66. — Expériences pour servir à l'étude de l'*Action physiologique du chloroforme.*

A l'époque où la mort d'un certain nombre de malades par le chloroforme fit mettre la question de la chloroformisation à l'ordre du jour dans la plupart des sociétés savantes, nous avons fait une série d'expériences consignées sous notre nom en 1883 dans la thèse de M. Maurice Sauve et qui peuvent se résumer de la façon suivante :

Il ne faut pas plus de 7 à 8 secondes pour faire périr une souris sous les vapeurs du chloroforme ; or on peut tenir ce même animal pendant plus de deux minutes sous l'eau, sans déterminer chez lui le moindre accident.

En moins d'une minute une grenouille succombe dans une atmosphère saturée de chloroforme, et l'on sait combien l'asphyxie est lente à se produire chez cet animal qui peut vivre si longtemps sous l'eau.

L'asphyxie n'est donc pas la conséquence immédiate de la chloroformisation.

La syncope ne saurait davantage être incriminée puisque le cœur d'une souris continue à battre près d'une demi-heure après que l'animal est mort du chloroforme.

Des guèpes, des cigales, des sauterelles meurent en 10 secondes dans une atmosphère chloroformée. Comme ces insectes ne sont pas susceptibles de syncope, et comme ils peuvent rester plus de deux

minutes dans l'eau sans paraître en souffrir, on peut admettre que ni la syncope ni l'asphyxie ne sauraient expliquer la mort.

Cette mort (quand un accident de chloroformisation n'intervient pas) est due à l'intoxication.

N'est-ce pas une intoxication du protoplasma qui seule peut rendre compte du fait suivant :

Des fleurs de verveine, de géranium, ainsi que des feuilles de géranium sont placées sur un petit support, lequel repose sur un mouchoir imbibé de quelques gouttes de chloroforme. Le tout est recouvert d'un verre.

D'autres fleurs de verveine, de géranium, d'autres feuilles de géranium sont placées en même temps, dans les mêmes conditions, sur un mouchoir sans chloroforme.

Au bout de cinq minutes les premières sont légèrement décolorés ; au bout d'un quart d'heure elles sont affaissées. Le lendemain, elles sont jaunes et sèches, tandis que les secondes qui n'ont pas été exposées au chloroforme, ont conservé toute leur fraîcheur et leur fermeté.

VII

Varia.

67. — La doctrine de Pasteur et ses applications actuelles.

Beyrouth, 1885.

68. — La Faculté de Médecine de Beyrouth.

Les Études, 5 février 1903.

Dans cet article nous étudions le but de la Faculté française de Médecine de Beyrouth, son accroissement rapide, son importance, les services qu'elle a rendus, et qu'elle peut rendre, et nous démontrons que les médecins qui sortent de cette Faculté n'ont aucune tendance à aller s'installer en France.

SECTION III

ENSEIGNEMENT.

I

Comme Chef des Travaux Anatomiques du Professeur Jaccoud au laboratoire de la Clinique Médicale de la Pitié.

Quelque modeste qu'ait été notre collaboration, le Professeur Jaccoud a bien voulu la mentionner dans plusieurs de ses leçons et en particulier dans les cliniques suivantes : (1)

Sur un cas d'aortite.
Sur un cas de méningite, suite d'otite.
Mal de Pott cervical. — Mort subite.
Sur un cas de rhumatisme vertébro-méningé.
Sur deux cas de diathèse lymphogène.

---

(1) Jaccoud. *Leçons de Clinique Médicale faites à la Pitié* (1884-1885). Pages 102, 257, 349, 396, 503.

II

Comme Professeur de la Faculté de Médecine de Beyrouth.

1° Nous avons inspiré un certain nombre de thèses soutenues par nos élèves, parmi lesquelles nous signalerons :

Etude sur l'albuminurie curable d'origine palustre. (Dr Cherif Rahmi).

Etude sur la lèpre en Syrie. (Dr Tewfik Bellama).

Etude sur le Haschich en Syrie. (Dr Catafago).

Etude sur quelques manifestations nerveuses du paludisme. (Dr Saïd Azouri).

Contribution à l'étude des phénomènes subjectifs de l'accès de fièvre intermittente. (Dr Israël Cohen).

Contribution à l'étude du laben. (Dr Negib Asfar).

Contribution à l'étude du tétanos en Syrie. (Dr Ibrahim Maouad).

Sur l'antagonisme de l'impaludisme et de la tuberculose. (Dr Nicolas Fayad).

Sur l'ascite palustre. (Dr Etienne Olivier).

2° Nous avons enseigné simultanément la pathologie et la clinique médicales pendant près de 25 ans.

Il ne nous appartient pas d'apprécier la valeur de cet enseignement ; qu'il soit permis cependant de dire que depuis l'époque où les élèves de notre Faculté subissent leurs examens devant le jury franco-ottoman,

Nous avons préparé 211 candidats a la seconde partie du 3e doctorat (Pathologie Interne). Tous ont été reçus. Aucun n'a été ajourné.

Sur 213 candidats que nous avons préparés a la seconde partie du 5e doctorat (Clinique Interne), 212 ont été reçus, un seul a été ajourné. *Cet élève a du reste été reçu, la session suivante, avec la* mention très bien.

Les notes obtenues par ces 212 élèves sont les suivantes :

86 Très bien
83 Bien
24 Assez bien
19 Passable.

TABLE DES MATIERES

SECTION I

SECTION II

SECTION III